

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

27

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

G. HOCHART

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARACTÈRE DIT ÉPILEPTIQUE

Président : M. BRISSAUD, *professeur*
Juges } MM. DÉJERINE, *professeur*
 } SICARD, *agrégé*
 } LÉPER, *agrégé*

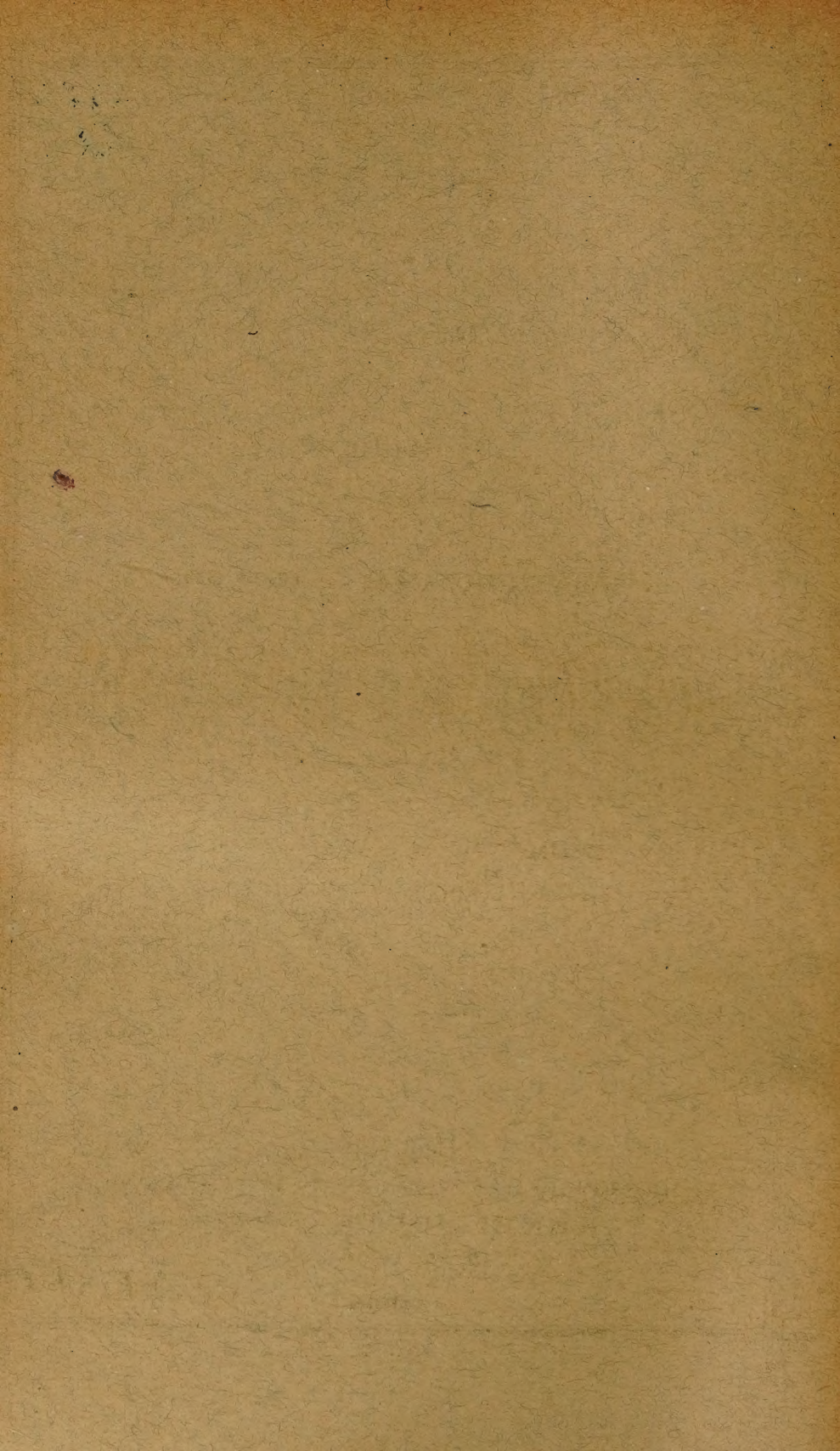
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Novembre 1909, à 1 heure

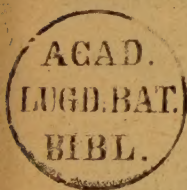
PAR

G. HOCHART

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARACTÈRE DIT ÉPILEPTIQUE



Président : M. BRISSAUD, *professeur*
Juges } MM. DÉJERINE, *professeur*
 SICARD, *agrégé*
 LÉPER, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique.		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale.		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements.		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du Caractère dit Epileptique

I

Qu'il nous soit tout d'abord permis d'évoquer ici la mémoire de notre regretté et vénéré Maître, le DOCTEUR A. MOTET, Membre de l'Académie de Médecine.

Il nous initia aux choses de la psychiatrie au cours des trois années passées à ses côtés, en qualité d'interne, dans sa Maison de Santé de la rue de Charonne.

Nous prions nos maîtres de bien vouloir accepter l'hommage de toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Ils ont su nous faire aimer l'art que nous allons exercer.

MESSIEURS :

Le PROFESSEUR QUÉNU, Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,

Le DOCTEUR CHARLES MONOD, Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé de la Faculté, Membre de l'Académie de Médecine,

Le PROFESSEUR HARTMANN, Chirurgien des Hôpitaux,

Le DOCTEUR THIÉRY, Chirurgien des Hôpitaux, Agrégé de la Faculté de Médecine,

Le DOCTEUR ARROU, Chirurgien des Hôpitaux,

Le DOCTEUR TEISSIER, Médecin des Hôpitaux, Professeur agrégé de la Faculté.

Nous devons des remerciements tout particuliers à :

M. le PROFESSEUR POZZI, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux, qui sait toute notre reconnaissance pour la sympathie dont il nous a entouré au cours de nos études ;

M. le PROFESSEUR PINARD, Membre de l'Académie de Médecine, dont nous conserverons des leçons le souvenir d'un enseignement vivant et surtout pratique ;

M. le DOCTEUR G.-PAUL-BONCOUR, ancien Interne des Hôpitaux, Médecin en Chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry, à qui revient l'idée première de ce travail ;

M. le DOCTEUR M. BEAUSSENAT, ancien Chef de Clinique de la Faculté, Chirurgien des Asiles nationaux, qui fut pour nous non seulement un maître, mais aussi et surtout le meilleur des amis, s'efforçant de nous aider et de nous soutenir de ses affectueux conseils ;

Nos amis le DOCTEUR DUBRISAY, ancien Chef de Clinique de la Faculté, le DOCTEUR HÉBERT, ancien Interne des Hôpitaux, Chef de Laboratoire à l'Hôpital des Enfants-Malades ;

Et le DOCTEUR SALAMO, Assistant d'oto-rhinolaryngologie à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Avant de terminer nous adresserons à M. le PROFESSEUR BRISSAUD, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, l'expression de notre bien vive gratitude.

II

Définition du caractère épileptique

Si nous étudions le caractère des épileptiques nous devons considérer trois périodes très distinctes :

- 1^o *La période pré-paroxystique ;*
- 2^o *La période post-paroxystique ;*
- 3^o *La période inter-paroxystique.*

1^o Le caractère des épileptiques est profondément modifié pendant la première et la deuxième période. Pour Régis, durant les heures, quelquefois même durant les jours précédant immédiatement l'accès, l'état psychique des épileptiques subit des modifications plus ou moins marquées. Ces modifications se traduisent dans la sphère affective par de l'inquiétude, de la tristesse, de la *mauvaise humeur*, de la *méchanceté*, de la *colère*, ou, au contraire, par de la *tendresse*, de la *gaieté*, de la *joie insolite*, et, intellectuellement, par de la torpeur ou de la suractivité cérébrale. A côté de ces troubles prodromiques plus ou moins éloignés de l'accès, il faut faire une place à part aux auras dites psychiques, c'est-à-dire aux troubles précédant immédiatement l'accès

Les auras psychiques sont *émotionnelles, intellectuelles ou sensorielles*, suivant qu'elles consistent en une *émotion vive* (crainte, terreur, aversion, répulsion, excitation, dépression) en une *idée* quelconque, en une *obnubilation* passagère de la conscience, en une *réminiscence* subite, ou enfin en une *hallucination*.

Les auras hallucinatoires peuvent consister dans la vue d'un spectre, du feu, d'un objet gigantesque, d'une bête féroce ; ce peut être aussi une odeur désagréable, nauséabonde, ou bien plus rarement une hallucination de l'ouïe. En général, cette hallucination, comme les autres formes d'auras, du reste, se reproduit telle quelle lors des accès consécutifs. Il est très fréquent de voir les épileptiques prononcer les mêmes paroles, faire le même geste, accomplir le même acte, avant de tomber.

Il est à signaler que les auras épileptiques et en particulier les auras psychiques sont souvent appréciées très nettement par les malades qui reconnaissent en elles les avant-coureurs de l'accès et essaient, soit de se garer contre la chute imminente, soit même d'enrayer la crise.

2° De même Régis distingue trois *troubles consécutifs à l'accès* : la *torpeur*, l'*amnésie*, l'*impulsion*.

La *torpeur* psychique est constante, elle fait partie du stertor ou coma post-épileptique et persiste plus ou moins longtemps après, sous forme de confusion d'idées, d'obtusion, d'obnubilation de la

conscience. C'est ce qu'on appelle à juste titre la *phase crépusculaire* post-épileptique.

L'*amnésie* fait également partie de cette phase. Cette amnésie peut affecter tous les types : elle est essentiellement *lacunaire*, en ce sens que le temps de l'accès, depuis la chute jusqu'au retour de la connaissance, forme une lacune, un trou dans les souvenirs. Elle peut aussi remonter plus ou moins au delà de l'accès et par suite être rétrograde. (Séglas, 1902.)

Elle peut également se prolonger après l'accès, durant la période crépusculaire, sous forme d'*amnésie antérograde*, *actuelle* ou de *fixation*. Elle peut encore se présenter sous la forme curieuse d'*amnésie retardée*. Ce type d'amnésie, signalé par *Ottolenghi*, par *Kowalewsky* et bien étudié par J. Maxwell dans sa remarquable thèse, consiste en ceci qu'un souvenir, présent au sortir de l'accès convulsif, disparaît parfois et généralement peu après. L'importance de cette sorte d'amnésie, au point de vue médico-légal, ne saurait échapper.

L'amnésie peut enfin aussi prendre le type *ecmnésique* et reporter le sujet, à chacun de ses accès, à une période déterminée de sa vie antérieure, toujours la même, avec une attitude, un langage et des actes correspondants.

Les impulsions post-épileptiques sont assez fréquentes. Chez les épileptiques simples, sans délire, elles consistent en un acte *instinctif*, *automatique*, *inconscient* et *amnésique*, particulièrement sous la

forme d'*automatisme ambulateur*, d'*exhibition génitale*, de vol, etc.

Ce n'est pas seulement après l'accès convulsif que les impulsions se manifestent dans l'épilepsie ; Elles peuvent survenir soit avant l'accès (impulsions préépileptiques), soit au lieu et place de l'accès (équivalents épileptiques), soit dans l'intervalle des accès.

Le caractère épileptique pendant la période interparoxystique, c'est-à-dire pendant l'intervalle de deux accès est d'après G. Paul-Boncour, essentiellement caractérisé par une *excitabilité exagérée* qui se traduit par des *changements brusques*, dans le ton émotionnel et des *impulsions* aussi soudaines que violentes. Le jeune épileptique est taciturne, égoïste, rancunier, coléreux, entêté, querelleur, dissimulé. Il est difficile à vivre (Falret). Il pleure et rit facilement, il manque de suite dans la conduite et les idées (Rogues de Fursac). Il aime à détruire, à nuire, à torturer des animaux ou ses camarades. Perpétuellement en mouvement, il est capricieux, et souvent la vie de famille devient intolérable (Manheimer).

Ce sont les symptômes de ce caractère épileptique interparoxystique que nous allons maintenant étudier.

III

Le caractère épileptique interparoxystique *(Observations)*

D'après les auteurs qui se sont occupés de cette question (Féré, Gilbert Ballet, Régis, G. Paul Boncour, Marchand, Noüet, etc.), les principaux symptômes du caractère épileptique sont :

- L'irritabilité ;
- Le penchant aux vices ;
- Les troubles du sommeil ;
- Les impulsions diverses ;
- Les peurs morbides ;
- Les troubles de la mémoire ;
- Les troubles de la volition ;
- La mobilité des sentiments ;
- Quelquefois l'entêtement ;
- L'exaltation des sentiments affectifs, religieux, etc.
- Les hallucinations ;

Voici trois observations très nettes (I, II, III,) d'épileptiques présentant tous les symptômes de ce caractère interparoxystique :

OBSERVATION 1 (Résumée)

(Bourneville et Durand)

H... Maurice, né à Paris le 19 octobre 1886, est entré le 11 septembre 1901 à Bicêtre.

Père. — Coxalgie à huit ans, guérison intégrale, serait asthmatique. Caractère emporté. Grand-père paternel quelques excès d'alcool, mort subitement. Rien dans le reste de la famille.

Mère. — Convulsions vers l'âge de six ans attribuées aux vers. Céphalalgies. Un neveu mort de convulsions. Renseignements insuffisants. Sœur choréique.

Inégalité d'âge de quatre ans. Pas de consanguinité.

Le malade. — Conception et grossesse, rien d'anormal. Accouchement à terme, naturel. Première dent à sept mois. Normal jusqu'à quatre ans. A cette époque, *méningite* accompagnée de *convulsions*. Douleurs céphaliques. Accès de *colères terribles, penchant au suicide. Cauchemars* ; étourdissements nombreux. *Accès d'épilepsie* à douze ans (1897). Idées de persécution. Aggravation en 1903 et 1904. Mort asphyxié au cours d'un accès.

Autopsie. — Stase sanguine considérable dans les vaisseaux du cou.

Caractère. — Le malade est d'un caractère très vif, soupçonneux à l'excès, *emporté* ; c'est un véritable persécuté qui,

de plus, a des *accès de colères terribles*, gourmand et salace. En toute connaissance de cause, il cherche à se détruire, un jour, dit la mère, il mangea 1 kilog. de pommes de terres crues et non épluchées ; une autre fois, il suçà du cuivre, avala du papier, des chiffons, de l'herbe, etc... Clastomane, *turbulent, batailleur, hargneux*.

Avant son entrée à Bicêtre, il mangeait proprement, mastiquait bien, mais la digestion était mauvaise, les renvois nombreux, la constipation opiniâtre. A plusieurs reprises, le malade a rendu des vers intestinaux. *Sentiments affectifs très développés. Sommeil agité ; cauchemars* où l'enfant voyait des voleurs et poussait des cris. *La mémoire est moyenne*, le raisonnement bon, il lit, écrit et compte.

Physiquement, il ressemble à une de ses tantes maternelles.

Dès les premiers jours de son admission à l'hospice, la conduite de l'enfant permet aux personnes de son entourage une appréciation exacte de son *caractère égoïste, orgueilleux, emporté, susceptible jusqu'à l'excès*.

Le 23 novembre 1901, il pénètre dans le réfectoire afin d'y prendre un couteau ; un autre enfant qui se trouvait à l'office veut le lui enlever et le malade, rendu furieux, le blesse à la main ; cette *susceptibilité extrême*, ces *colères violentes* pour des riens, pour un regard trop longtemps arrêté sur lui, sont, du reste, mises à profits par ses camarades qui le taquinaient à tout propos. C'est cet état de chose qu'on retrouve pendant ses quatre années passées à Bicêtre.

Au point de vue psychique, ses facultés intellectuelles sont très suffisantes.

Les diverses notes de ceux qui exercent autour du malade

une surveillance de tous les instants sont toutes d'accord à ce sujet.

Mais on signale son caractère peu affectueux, son égoïsme, sa répugnance au partage, sa paresse à certains moments et enfin l'opinion toute supérieure qu'il a de lui-même.

OBSERVATION II (Résumée)

(Bourneville et L.-E. Morel.)

L... Georges, né à Château-Thierry, le 25 mai 1885; est entré le 11 janvier 1901 à Bicêtre.

Père nerveux, emporté, alcoolique, mort à quarante-six ans d'une maladie de foie.

Un grand-oncle maternel atteint de paraplégie. Renseignements insuffisants sur la famille.

Mère, quarante-six ans, bien portante.

Grand'mère maternelle morte à cinquante ans d'un cancer au pylore. Rien de spécial sur le reste de la famille. Pas de consanguinité.

Père, deux ans de plus que la mère.

Conception probablement pendant l'ivresse du père. Grossesse normale, rien à signaler. Accouchement à terme; rien de spécial. Première dent à dix mois (?). Dentition complète à deux ans. Début de la marche à onze mois. Propre à deux ans. Normal jusqu'à treize ans.

A treize ans, frayeur vive, brûlure grave; huit mois plus tard, *premier accès*. Succession régulière des accès toutes les semaines pendant un an.

Cessation des accès pendant un an. Réapparition hebdoma-

daire des accès sans cause appréciable. Diminution de l'intelligence. Répétition des accès. Crise de *violence* : *suicide*. Fracture de l'atlas et de l'axis. Mort.

Autopsie. — Fracture de l'arc antérieur de l'atlas, écrasement du bulbe. Appendice iléo-cæcal très long et très volumineux.

Caractère. — 1900 : affectueux comme par le passé ; raisonnant juste, appréciant le bien et le mal, « il avait, dit sa mère, tout son moral, mais pas toute son intelligence ».

Dès les premiers jours de son admission, l'enfant se montra *sombre, impressionnable, irascible*.

16 janvier. — Cinq jours après son arrivée, il est en proie à une *agitation extraordinaire*. Sur une simple observation de l'instituteur, il entre en fureur et s'empare d'un lourd encrier de faïence pour le jeter à la tête de son maître. Un infirmier lui retient la main, maîtrise ses mouvements et le calme un peu.

L'enfant est alors placé dans une cellule sombre et éloignée de tout bruit ; mais à peine la porte est-elle même refermée qu'il *brise* deux vitres épaisses avec ses sandales et entre de nouveau en fureur. On doit alors le conduire dans une cellule capitonnée, et lui mettre le manchon.

Peu à peu, sa fureur s'atténue, mais vers 5 heures du soir (c'est-à-dire deux heures après le début de sa crise) il a un accès. A 7 heures nouvel accès ; dans la nuit, il n'a pas moins de quinze accès. Vers le matin du 17 janvier, le calme revient.

L'enfant est alors conduit à l'infirmerie du service et mis en observation toute spéciale.

Sous l'influence de l'élixir polybromuré dont il prend cinq cuillerées par jour (10 gr.), son état ne tarde pas à s'améliorer ;

les crises de violence et les accès s'espacent ; mais l'intelligence s'affaiblit de plus en plus. *Onanisme. Suicide.*

OBSERVATION III

(Féré.)

Troubles somatiques, consécutifs à un vertige, à un accès convulsif, à un accès de violence.

J. L..., à gé de trente-quatre ans, entré le 19 octobre 1887. Il ne donne pas de renseignements sur sa famille ; il sait seulement que son père *était buveur*. Il est l'aîné de neuf enfants ; tous les autres se porteraient bien.

Il a entendu dire qu'il avait eu des convulsions dès ses premiers mois et il n'a jamais cessé d'avoir des attaques qui se produisent tantôt la nuit, tantôt le jour. Il a quelquefois des pertes de connaissance subites, sans chutes, dans lesquelles il pâlit, interrompt son travail ou sa conversation. Il est aussi sujet à des « visions » suivies de pertes de connaissance aussi sans chute. Ces visions sont des réminiscences de faits antérieurs généralement pénibles.

Il a appris à lire et à écrire, mais il a été toujours peu intelligent et d'un *caractère difficile*. Il errait de chantier en chantier ne pouvant s'occuper que de travaux de terrassements, mais on ne le gardait nulle part tant à cause de son peu d'intelligence que de ses violences ou de ses attaques. Il était constamment dans la misère parce que lorsque ses attaques le prenaient dehors, il lui arrivait souvent de *partir ensuite oubliant ses effets*.

L... a 1m. 60 de taille, 1m. 65 d'envergure. Il ne présente aucun signe de dégénérescence qu'une légère asymétrie faciale ; le côté gauche du front est un peu moins développé. Pression dynamométrique : main droite 35, main gauche 30. Pression artérielle mesurée avec le sphygmomètre de Bloch : 750.

2 novembre.— Au moment où on l'interroge, il a un vertige ; son visage pâlit subitement, il oscille sur les jambes, la face se tourne légèrement à droite et en haut, il fait quelques mouvements avec sa main droite qui déboutonne son gilet, puis il crachotte plusieurs fois et revient à lui. A la suite de son vertige la pression dynamométrique est de 25 pour les deux mains ; la pression artérielle est tombée à 600.

12 novembre, 2 heures.— Après un accès convulsif, la pression dynamométrique est de 22 pour la main droite et de 20 pour la main gauche ; la pression artérielle est au-dessous de 600.

6 décembre.— L... vient d'avoir un accès de fureur dans lequel il a frappé un malade inoffensif. Au moment où on l'amène dans mon cabinet, il est encore fort excité et vocifère. A ce moment sa pression artérielle dépasse 950, il refuse de serrer le dynamomètre. Nous le faisons asseoir ; il tombe bientôt dans un sommeil stertoreux, qui dure vingt minutes. Quant il se réveille, il paraît fort étonné de se trouver là et prétend n'avoir aucun souvenir de sa querelle. La pression artérielle, qui était tombée à 550 pendant le sommeil, est à 600 ; le dynamomètre donne 25 pour la main droite et 20 pour la main gauche.

Examinons maintenant chacun de ces symptômes en particulier :

A. — IRRITABILITÉ

Il suffit d'avoir vécu quelque temps avec des épileptiques pour remarquer combien la susceptibilité de ces sujets est exagérée. Un mot, un geste suffisent parfois pour les irriter et souvent les mettre en fureur. On les voit pâlir, cesser toute occupation, puis brusquement ce sont des injures, puis des coups. Les épileptiques sont irritables et généralement dépourvus de toute patience. La vie en commun leur est difficile et loin de tenter de soulager leurs misères par un accord unanime, ils ne font rien pour arrêter les discussions qui s'élèvent parmi eux. Aschaffenburg considère le symptôme mauvaise humeur comme d'une grande importance dans le diagnostic de la névrose.

Les épileptiques sont tous ou presque tous des irritables, sujets à des crises de colère et d'emportement subites, violentes et furieuses, pendant lesquelles ils ne s'appartiennent pour ainsi dire plus. Cette *irritabilité* est la note dominante de leur caractère (Marchand et Noüet).

B. — PENCHANT AUX VICES

Beaucoup d'épileptiques ont en outre des *vices* et des *instincts pervers* ; ils sont gourmands, voleurs, menteurs, masturbateurs, érotiques, etc. Ils ont fréquemment une tendance à la piété maladive, à une

espèce de religiosité outrée mêlée de tartuferie et qui n'est jamais aussi marquée qu'à l'époque de leurs accès.

C. — SOMMEIL

Le *sommeil* des épileptiques, bien différent du sommeil des neurasthéniques et des hystériques, est un sommeil profond, lourd, avec des réveils en sursaut, des hallucinations hypnagogiques et des rêves le plus souvent pénibles, terrifiants, parmi lesquels il convient de citer *les rêves post-paroxystiques*, (Thomayer), *les rêves d'accès* (Féré), *les songes d'attaques* (Ducosté-Fournier).

D. — IMPULSIONS

Parant (1895) a étudié les impulsions irrésistibles liées aux manifestations convulsives de l'épilepsie essentielle et jacksonienne et les impulsions irrésistibles indépendantes des attaques convulsives (épilepsie larvée, épilepsie mentale, équivalents épileptiques).

Les impulsions que l'on observe le plus fréquemment, chez les épileptiques, sont : les attentats et violences contre les personnes, y compris l'homicide ; les auto-mutilations et le suicide ; le vagabondage et l'automatisme ambulateur ; les vols, les incendies ; les outrages et les attentats publics à la pudeur, en particulier les exhibitions génitales.

Plus encore que celles des dégénérés, les impulsions des épileptiques portent la marque de l'état pathologique dont elles relèvent. Soudaineté d'apparition : violence aveugle et brutale, *rapidité et brièveté, inconscience automatique, amnésie, réitération similaire intermittente ou même périodique de l'acte*, tels en sont les caractères.

Une impulsion se présentant avec ces attributs appartient à l'épilepsie.

Pour Féré les impulsions instinctives se manifestent sous des formes très diverses ; quelquefois ce sont des accès de gloutonnerie, d'autres fois ce sont des accès de dypsomanie ou de lubricité plus ou moins conscients. Quelle que soit la forme de ces impulsions lorsqu'elles sont continues, elles s'accompagnent d'une anxiété pénible. Cette anxiété cesse avec la décharge, souvent suivie d'une sensation de bien-être, d'une véritable euphorie.

Enfin pour Moreau de Tours, Reynolds, Ramskill, Trousseau, etc., il y a une connexion très nette des peurs morbides avec l'épilepsie. Les peurs subites et sans motifs, tantôt remplacent les accès, tantôt les précèdent ou les suivent.

E. — LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

L'amnésie simple, dit Sollier, est tellement caractéristique de l'épilepsie, sous quelque forme que ce paroxysme se présente, que, lorsqu'on la cons-

tate, on doit immédiatement y songer. Elle a une importance toute particulière dans l'épilepsie larvée et sa constatation, en présence d'un acte insolite, doit faire rechercher les autres indices capables de révéler l'épilepsie.

Parant soutient la même opinion : « Du moment, dit Parant, où l'amnésie est presque constante à la suite des impulsions épileptiques et que, dans la presque généralité des cas, elle est absolue, complète, réelle, il n'y a évidemment pas lieu, à cause des exceptions, d'en méconnaître la valeur. Des exceptions ne sont pas de nature à infirmer une règle. »

Nous ne serons point ici de l'avis de M. Parant. Nous estimons que, pour avoir quelque valeur, une règle de cette nature doit être absolue. Si elle ne l'était pas il serait impossible au médecin légiste d'affirmer la nature épileptique d'une impulsion.

D'autre part, si on en croit Féré : La mémoire des épileptiques est souvent infidèle : les altérations de leur sensibilité montrent que leurs éléments nerveux sont plus difficilement impressionnés par les excitations venues de l'extérieur ; la propriété qu'ont ces éléments de conserver la trace de ces impressions et de reproduire ces traces est aussi affaiblie, de même que la faculté d'association.

A côté de ces défauts il faut signaler les éclairs d'exaspération des fonctions intellectuelles qui se produisent quelquefois comme phénomènes précurseurs de l'attaque sous forme d'hypermnésie ou

d'hyperidéation, et peuvent durer plusieurs heures ou même davantage.

Mais il faut noter que ces troubles de la mémoire sont surtout intenses après les crises paroxystiques.

F. — TROUBLES DE LA VOLITION

Les phénomènes impulsifs, qui interrompent à chaque instant la continuité de la conscience, rendent compte des exaspérations des troubles de la mémoire chez les épileptiques. Ils rendent compte encore de la dépression des intervalles en apparence dénuée de tout accident morbide.

C'est sur cette dépression habituelle que se greffent le malaise moral, le pessimisme de l'impuissance, la religiosité morbide, que nous verrons tout à l'heure plus en détail, la jalousie qu'il est si commun de rencontrer chez les épileptiques, qui passent souvent de l'insolence et de la cruauté à l'obséquiosité et à la panophibie.

Les épileptiques ont une conscience vague de leur impuissance et de leurs défectuosités ; ils souffrent de leur infériorité, ils deviennent méfiants, soupçonneux, haïssant sans motifs comme sans mesure (1).

1. Howden. « The Religious sentiment in epileptics ». *The Journal of mental science*, 1873.

G. — MOBILITÉ

D'après Dutil, il est, parmi les épileptiques qui vivent dans la société, une catégorie dont l'état mental ne présente aucune anomalie ; il semble que la crise passée rien ne subsiste chez ces sujets du mal dont ils sont atteints et ils restent pendant de longues années capables d'exercer correctement leur profession ou leur art. Ce sont des cas exceptionnels. En réalité, il est peu d'épileptiques qui ne présentent une *mobilité anormale du caractère et un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles.*

La plupart des malades sont généralement sombres et apathiques ; ils souffrent cependant de leur infériorité, dont ils ont conscience, mais ce fond de tristesse habituelle est traversé par des *changements d'humeur et d'allure d'une brusquerie singulière* ; tantôt affables et généreux, tantôt grossiers et haineux, ils passent tour à tour de la bienveillance la plus outrée à l'insolence, à la colère la plus violente. La vie de ces individus est faite pour ainsi dire de changements à vue. La mobilité d'humeur, le caractère « *explosif* » des épileptiques ne se manifeste pas seulement dans le domaine des sentiments affectifs ; ils sont aussi sujets à de *brusques changements d'idées.*

Il est à remarquer que cette versatilité n'est pas constante ; chez quelques sujets elle s'exerce seule-

ment par périodes, séparées par des intervalles de calme, d'équilibre ou de dépression.

Quelquefois la *mobilité* se traduit dans le domaine *intellectuel* principalement, par des changements brusques d'idées qui apparaissent d'une manière impulsive et se fixent pour un temps pendant lequel tous les arguments sont sans force ; un individu ordinairement assez malléable et soumis montre une opiniâtreté invincible sans rapport avec le peu d'importance de l'objet. Ses idées explosives s'objectivent non seulement par des écarts violents de la conduite, mais par des irrégularités plus ou moins bizarres ; un commis expéditionnaire qui a passé quelque temps dans le service de Féré introduit, dans les pièces qu'il copie, des phrases qui expriment ses idées impulsives et qu'il est tout étonné de retrouver, lorsqu'il les relit. Legrand du Saulle a vu un cas semblable.

On retrouve, dans ces différentes modifications du caractère des épileptiques, des ébauches des variétés de folie circulaire ou folie à double forme que l'on a déjà rapprochées des processus épileptiques (Féré).

H. — TÉNACITÉ QUELQUEFOIS

Malgré la mobilité qui fait le fond de leur caractère, les épileptiques ont souvent des animosités ou des attachements durables, tout aussi peu motivés que leurs impulsions passagères. Quelques-uns sont capables de suivre avec une obstination exclusive un but généreux ou criminel ; on en voit suivre pendant de longues

années la même idée, avoir une ténacité extraordinaire qui peut les mener à la ruine ou à l'asile, ou à la fortune et à la renommée, suivant qu'elle est ou non appropriée aux circonstances. Plusieurs hommes célèbres qui passent pour avoir été épileptiques ont brillé plus par leur ténacité que par la grandeur de leurs conceptions.

De même on trouve l'exaltation momentanée des sentiments affectifs et religieux et les épileptiques les plus égoïstes montrent parfois de véritables accès de magnanimité. Un malade de Féré qui vit ordinairement complètement isolé a de temps en temps de ces accès de bienveillance et de générosité dans lesquels il pleure sur les accidents qui ont pu arriver à ses compagnons ou se fait même l'avocat ému de toutes leurs douleurs.

I.—SENTIMENTS RELIGIEUX

Quelquefois enfin, les épileptiques manifestent des sentiments religieux extrêmement prononcés. Ils demandent à suivre les offices, ils s'y rendent avec gravité, ils y assistent très recueillis; mais tout cela n'est que feinte et hypocrisie. Peu de jours après vous les verrez afficher les idées les plus antireligieuses.

J.—HALLUCINATIONS

Chez les épileptiques il n'est pas rare de rencontrer, d'après Dutil, des hallucinations qui sont, en

général, d'ordre visuel. Ces hallucinations sont parfois terrifiantes. Les malades voient du sang, du feu, des personnages réels ou imaginaires, menaçants.

K

Nous tenons à publier ici quelques observations véritablement intéressantes :

Dans les observations IV, V et VI nous trouvons des épileptiques qui, tout en ayant quelques-uns des symptômes que nous venons de passer en revue, ne présentent pas le syndrome complet du caractère épileptique.

Dans l'observation VII nous voyons un malade qui possède ce caractère tout à fait nettement mais seulement après les crises.

Dans l'observation VIII il s'agit au contraire d'un malade qui est d'ordinaire d'un caractère absolument docile et qui pendant la période post-paroxysmique montre un caractère absolument typique.

Enfin, les observations IX, X et XI concernent trois malades dont le caractère était absolument normal avant les crises d'épilepsie. Ce caractère ne s'est modifié que peu à peu et très lentement longtemps après les crises.

Ces observations sont singulièrement troublantes, elles nous font déjà penser que le caractère dit épileptique pourrait bien ne pas être spécial à l'épilepsie.

Nous allons maintenant voir, en effet, que ce syn-

drome se rencontre également dans bon nombre de maladies nerveuses.

OBSERVATION IV (Résumée)

(M. Hublé.)

R... Marie-Anna, âgée de sept ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

La troisième de cinq enfants, les quatre autres n'ont jamais eu de maladies nerveuses d'aucune sorte.

A l'âge de vingt mois, coïncidant avec une morsure de porc au genou droit, sont apparues pour la première fois des convulsions.

A quatre ans et deux mois, maigre squelettique, ne peut se tenir sur ses jambes, ne peut se servir du bras droit, convulsions.

A marché à cinq ans traînant la jambe droite.

A cinq ans, accès toutes les nuits, violents, accompagnés d'émissions involontaires d'urine et de matières fécales.

Onanisme effréné.

A six ans, ne sait pas lire ; connaît à peine ses lettres ; physique fort malgré l'onanisme qui persiste.

Pas de folie, pas méchante, non querelleuse, un peu loquace.

Elle essayait souvent de se sauver de chez ses parents, s'égarait, on la retrouve un jour à la préfecture de police.

Elle était et est toujours affectueuse.

OBSERVATION V (Résumée)

(M. Hublé.)

P... Julie, quinze ans ; enfant naturelle, pas d'accidents nerveux chez la mère.

Premier accès survenu à l'âge de douze ans, vomissements pendant l'accès. *Sommeil profond après les convulsions* suivi de céphalalgie et de courbatures. De douze à quatorze ans, deux ou trois accès par semaine ; de quatorze à quinze ans, quotidiens.

Ils étaient subits, sans aura, ni pâleurs, ni raideur, ni convulsions, ni écume, ni morsure de la langue ; n'urine pas sous elle ; des céphalalgies sont fréquentes mais seulement après ses accès. Sommeil, rêves fréquents : pas de cauchemars ; sujette à des étourdissements, quelquefois suivis de délire d'actes.

Intelligence un peu obtuse.

Mémoire assez bien conservée.

Pas de méchanceté.

Aucune instruction : travaille à la couture.

OBSERVATION VI (Résumée)

(M. Hublé)

M... Louise, quarante-trois ans. *Père*, mort à soixante-dix ans ; pas d'accidents nerveux, pas d'alcoolisme.

Mère, morte à soixante-quinze ans, cardiaque ; était nerveuse.

Une tante, morte à la Salpêtrière, avait deux de ses fils épileptiques.

Trois enfants : un, mort phthisique ; un autre bien portant.

Rien de particulier jusqu'à trente-deux ans, sauf des migraines revenant à chaque menstruation. A la suite de la mort de son mari et d'une maladie de sa mère, elle fut prise d'abord d'envies de pleurer continuelles, puis d'étourdissements ; un mois après le premier accès éclatait.

Pas d'aura, pas de cri ; la malade tombait tout à coup ; cyanose de la face ; convulsions à peu près égales des deux côtés ; peu d'écume ; morsures de la langue et de la joue ; urinait sous elle, pas de selles involontaires.

Sommeil consécutif ; difficile à réveiller.

Pas de folie consécutive.

Les accès étaient diurnes et nocturnes.

Elle était intelligente, douce ; un peu violente si on la contrariait.

Depuis son entrée à la Salpêtrière, les facultés intellectuelles, qui avaient commencé à baisser depuis quelque temps, ont diminué assez rapidement.

N'a commis aucun excès de boisson ou autre ; pas de vomissements avant ou après ses accès.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Féré.)

Hérédité alcoolique, convulsions de l'enfance, épilepsie

S..., trente et un ans. Père mort de *delirium tremens* à cinquante-neuf ans. Il avait commencé à boire peu de temps avant la conception du malade ; sujet à de violentes colères.

Mère morte à soixante-neuf ans d'une hypertrophie cardiaque. Pas d'antécédents névropathiques de ce côté. Un frère et une sœur bien portants. Lui, a des convulsions pendant l'enfance. A deux ans, crise, suivie de paralysie du côté gauche. Parole difficile jusqu'à quatre ans ; de neuf à seize ans, vertiges journaliers et *attaques fréquentes*. Après la mort de sa mère a sept ou huit attaques par jour ; l'intelligence s'affaiblit beaucoup.

Avant les attaques, émotion très vague, pousse un cri, pivote sur le côté gauche et tombe, rigide, sans mouvements très apparents ; perte complète de connaissance, de peu de durée, n'urine pas, ne se mort pas la langue.

Il lui arrive souvent, *à la suite de ses accès ou de ses vertiges, de faire des excentricités : on le voit manger une pomme de terre crue, briser des meubles, s'acharner après une serrure fermée, etc. Dans l'intervalle des accès, il est assez calme*. On a tenté plusieurs apprentissages, mais sans succès. Il a appris à lire et à écrire.

OBSERVATION VIII

(Marchand et Nouët.)

L..., âgé de trente-huit ans à son entrée à l'asile.

Antécédents héréditaires. — *Inconnus* (enfant naturel).

Antécédents personnels. — *Convulsions* vers un an. Rougeole à six ans. Fièvre typhoïde au régiment en 1891. Les crises épileptiques apparaissent après la fièvre typhoïde. Il est réformé pour cette cause. D'abord ce furent de simples vertiges, puis, peu à peu, apparurent de fortes crises convulsives se répétant

tous les deux ou trois jours. Cet homme est marié ; il a un enfant de cinq ans, bien portant. Avant son mariage il faisait des excès alcooliques et buvait parfois jusqu'à 6 litres de vin par jour. Au moment de ses accès L... est complètement égaré, présente des idées délirantes et des *impulsions violentes*. Ces troubles mentaux durent une heure ou deux après l'accès, puis tout rentre dans l'ordre. Dans l'intervalle de ses crises L... est d'un caractère extrêmement docile, facile à diriger. Il n'est ni impulsif, ni irritable. Pas de variabilité de l'humeur. Jamais à l'asile nous n'avons constaté chez lui le moindre trouble du caractère. Son intelligence est intacte. Pas de débilité mentale.

OBSERVATION IX (Résumée)

(M. Hublé.)

L... Augustine, âgée de douze ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père, trente-huit ans, cocher, très nerveux, très colérique.

Mère, trente-quatre ans, très nerveuse, impressionnable et colérique, migraines très fortes. *Nervosisme* dans toute la famille maternelle. Pas d'alcoolisme.

Cinq enfants ; sauf la malade, aucun n'a eu de convulsions et tous jouissent d'une bonne santé.

Premières *convulsions* à huit ans et demi dans les membres du côté gauche.

Vers dix ans et demi *grandes attaques* sans cris, la tête se tourne à droite, cyanose de la face, convulsions générales plus fortes à gauche qu'à droite, elle écume presque toujours.

A onze ans, a eu de grandes et petites attaques d'après les

parents. Les accès sont diurnes et nocturnes depuis l'âge de douze ans, elle a souvent sept ou huit accès dans les vingt-quatre heures variant d'intensité.

L'intelligence a peu diminué ; elle est à peu près ce qu'elle était à huit ans et demi. Elle ne s'est pas développée, toutefois ; elle apprenait assez bien quand elle est tombée malade. Elle est devenue querelleuse, menteuse, très versatile, instable. Pas de fleurs pas de visions colorées.

OBSERVATION X (Résumée)

(M. Hublé.)

T... Joséphine, quatorze ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père, cinquante-cinq ans, nerveux, peu colérique. Aucun membre de la famille n'aurait eu d'épilepsie, de paralysie, de difformités, etc.

Mère, cinquante et un ans, un peu nerveuse, impatiente, pas d'attaques de nerf. Céphalalgies accompagnées de vomissements, peu de sommeil.

Sept enfants : aîné trente ans, plus jeune treize ans, pas de convulsions. Deux filles sont mortes, l'une à un an, l'autre quelques jours après la naissance sans convulsions.

Assez impressionnable naturellement ; elle l'est devenue à un bien plus haut degré depuis 1871, pendant la Commune, depuis un jour où ses parents et elle ont dû se sauver de leur maison incendiée, se réfugier et se cacher. Depuis lors, elle a eu très souvent des frayeurs la nuit, parlant à haute voix, appelant, se levant et marchant dans sa chambre ; souvent elle se réveillait en sursaut et criait. Jusqu'à l'âge de douze ans, elle

n'a eu aucun autre accident, *elle était douce, intelligente et ap-
prenait bien.*

A douze ans, premier accès survenu la nuit sans cause connue.

Deuxième accès, deux mois après.

Cinq accès en tout, **dans la première année.**

Dans la deuxième année, environ **un accès** par mois. Puis le nombre des accès a augmenté ; elle en avait **un par semaine**, survenant toujours la nuit, vers 2 heures du matin.

Pas de mauvaises habitudes.

L'intelligence, *la mémoire surtout, a diminué* ; en même temps, *elle est devenue irritable et colérique.*

OBSERVATION XI (Résumée)

(M. Bourneville.)

Antécédents héréditaires. — Père, cinquante et un ans, bien portant, ni nerveux ni alcoolique. Mère, quarante-huit ans, non nerveuse.

Sept enfants. L'aînée a eu des convulsions à six semaines. Trois morts, sans avoir eu de convulsions, d'affections diverses. La malade n'a pas eu de convulsions jusqu'à dix ans.

A dix ans, *chute* dans un escalier sur la tête, pas de perte de connaissance, rien de particulier.

Un mois après la chute, *premier accès* : chute sans cris, sans aura. Mobilité des yeux, perte de connaissance ; en même temps rigidité ; puis secousses cloniques.

Deuxième accès trois mois plus tard.

De douze à treize ans, pas d'accès.

A treize ans, les accès ont reparu, se produisant environ toutes les quatre, cinq ou six semaines, sans relations avec les règles.

A quinze ans, cessation des règles pendant un an sans cause connue. Accès tous les quinze ou vingt jours. Les accès sont diurnes et surtout nocturnes. Jamais d'aura ; cri en **tombant**. Urine sous elle ; pas de selles, se mord **quelquefois** la langue ; autrefois s'endormait d'un sommeil invincible pendant quarante-cinq minutes environ : elle ne dort plus après ses accès ; pas de folie, d'instinct de destruction, de vol, de méchanceté après ses crises.

Jusqu'à dix ans, l'intelligence était développée, apte à apprendre : diminution depuis ce temps, toutefois pas très accentuée : l'intelligence est encore vive ; si elle reste une semaine sans accès, elle travaille, elle lit, etc...

Après ses accès, elle devient obtuse.

La mémoire a sensiblement diminué depuis ce même temps.

Caractère doux, caressant, triste après les accès, devient irritable plus qu'autrefois.

Pas de mauvais instincts ; pas d'onanisme.

IV

Le caractère dit épileptique chez des malades non épileptiques Observations

Le caractère dit épileptique se rencontre dans
bien des affections et notamment dans :

Les névropathies ;

L'alcoolisme et la polydipsie ;

Les troubles mentaux ;

Chez les dégénérés ;

Chez les idiots ;

Chez les malades atteints de débilité mentale ;

Chez les paralytiques généraux.

A. — NÉVROPATHES

Les mouvements passionnels peuvent laisser après eux les mêmes phénomènes d'épuisement que les vertiges et les accès d'épilepsie vulgaires. Mais ces phénomènes ne sont pas spéciaux aux mouvements passionnels des épileptiques ; un bon nombre de

névropathes sont sujets à ce sommeil à la suite de colères ou de crises de pleurs.

Quelquefois les phénomènes d'épuisement d'origine émotionnelle se localisent et trahissent l'existence d'un *locus minoris resistentiæ*. J'ai vu, dit Féré, dans le service de Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, un individu atteint de paralysie alcoolique intéressant principalement les membres inférieurs ; parmi ses antécédents névropathiques, on relevait l'existence dans son enfance de colères violentes pendant lesquelles il lui arrivait de sentir ses jambes fléchir et plusieurs fois il s'est affaissé complètement.

Sur un fond de dépression cérébrale, de tristesse et d'apathie habituelles, on voit surgir de temps à autre, sous des influences diverses, souvent futiles (un changement atmosphérique, un bruit importun, une contrariété, les époques cataméniales, etc.) des *poussées d'excitation*, des crises de colère qui justifient pleinement la dénomination de *faiblesse irritable* dès longtemps appliquée à ces états d'épuisements du système nerveux.

Ces moments d'excitation sont, d'ailleurs, d'autant plus brefs qu'ils ont été plus intenses, et, la crise passée, le névropathe, honteux de son emportement, retombe aussitôt dans sa torpeur et son humilité coutumières.

Certaines neurasthénies héréditaires, celles du moins où l'hérédité seule a présidé au développement de la névrose, s'accompagnent d'un état mental particulier. Les symptômes de dépression céré-

brale, l'aboulie, la tristesse, etc., si fréquentes dans les neurasthénies acquises, font souvent défaut dans ces cas. Les malades sont ordinairement capables d'une activité cérébrale assez grande.

L'*émotivité excessive*, des crises d'anxiété, des préoccupations hypochondriaques, des obsessions, des phobies, *des impulsions*, voilà ce que l'on observe surtout chez des sujets de cet ordre.

B. — ALCOOLISME ET POLYDIPSIE

a) Avec une extrême fréquence, on note chez les hérédo-alcooliques une *irritabilité excessive*, exagérée, de leurs centres nerveux ; quelle que soit la forme mentale qu'elle accompagne, elle constitue la note dominante. G. Paul-Boncour a dit que l'instabilité était une des anomalies intellectuelles les plus communes ; l'irritabilité cérébrale exagère encore cet état. Il n'y a pas seulement de l'agitation, une attention impossible à fixer, un perpétuel mouvement, il existe en outre de l'excitation ; la moindre chose tracasse l'enfant, la plus petite contrariété lui est insupportable, et son impatience se traduit par des réactions hors de proportion avec l'agent provocateur. A chaque instant on entend des cris et des pleurs ; sans motif sérieux naissent des colères, des emportements furieux, des violences et des actes de méchanceté. De même un plaisir se manifestera par des piétinements joyeux, des éclats de rire sans fin.

Avec une telle impressionnabilité nerveuse, rien d'étonnant que les alcooliques héréditaires soient sujets aux convulsions ; toute émotion peut se traduire par une crise de nerfs. Cette tendance *convulsive* est toujours la conséquence de l'irritabilité du système nerveux et un signe d'alcoolisme héréditaire.

A côté de ces symptômes, il en existe bien d'autres encore mais moins spéciaux. Un système nerveux aussi atteint n'offre qu'une faible résistance aux mauvais conseils, aussi voit-on s'y développer avec rapidité les pires déviations morales : rebelle à toute discipline et à toute éducation, l'enfant ne tarde pas à devenir un vagabond et un déclassé. Si c'est une fille, la prostitution précoce sera son lot. Bref la criminalité est un aboutissant presque fatal.

D'après Lasségue le délire des alcooliques présente aussi avec celui de l'épilepsie quelques points de ressemblance : on y voit la même fréquence des hallucinations de la vue, les mêmes conceptions saisissantes et mobiles, le même caractère impulsif des actes en rapport avec le délire. L'objet même des hallucinations de l'alcoolique ressemble de tous points à celui que Dutil décrit chez les épileptiques (sang, feu, personnages menaçants, etc.).

Dans la sphère mentale on remarque surtout au voisinage de la puberté, des impulsions de toutes sortes (accès de féroceité, impulsion au suicide, impulsions sexuelles, vol, etc.), ou bien l'apparition

de l'hystérie, de différentes psychoses, parmi lesquelles la démence précoce.

Il est une impulsion qui, par sa fréquence chez ces dégénérés, peut prendre place à côté de l'irritabilité cérébrale pour caractériser la nature hérédo-alcoolique : c'est la *dipsomanie*, autrement dit l'*ivrognerie irrésistible*. Bien que conscient, ce besoin doit être satisfait et c'est en vain que l'enfant essaiera de s'y soustraire, qu'il luttera avec opiniâtreté. A la vue de liquides alcooliques, la tendance à boire amènera une vive angoisse à laquelle il devra céder. Comme les tentations sont fréquentes, c'est fréquemment qu'il boira. On conçoit combien est rapide, sous l'influence du poison alcoolique absorbé quotidiennement, la déchéance d'un organisme héréditairement appauvri.

Ainsi que G.-Paul Bonecour le fait remarquer, un *hérédo-alcoolique* ne présente pas forcément de la débilité intellectuelle, mais cela ne l'empêche pas, d'ailleurs, d'être atteint d'*irritabilité* ou de *dipsomanie* ou des deux à la fois, ce qui permet toujours de remonter des effets à la cause. Il n'est même pas impossible de voir de ces troubles caractéristiques existant chez des enfants remarquablement intelligents, présentant même parfois de la précocité intellectuelle. Toutefois il est prudent de se méfier de ces enfants prodiges qui flattent l'amour-propre de leurs parents, et il ne faut les admirer qu'avec réserve, car souvent ils ne tiennent pas par la suite les promesses d'une enfance brillante. Certains d'entre eux, arrivés

à l'âge d'hommes, seront parfois qualifiés de sujets éminents par leurs contemporains ; on ira même jusqu'à leur appliquer l'épithète de génies, d'hommes supérieurs ; et cependant toujours ils sont porteurs des stigmates de l'hérédo-alcoolisme.

Sont-ce vraiment des génies ? Sans reprendre ici cette discussion intéressante des rapports de la névropathie avec la supériorité intellectuelle, il serait logique de ne pas s'en tenir à leur surface brillante et de pénétrer un peu profondément dans leur vie mentale et morale. On s'apercevrait alors que la confusion est facile entre le vrai génie qui implique l'harmonie parfaite de toutes les facultés, et ces génies partiels insuffisants, chez lesquels certaines facultés sont hypertrophiées au détriment de quelques autres.

L'accord parfait n'existe plus, il y a des dissonances, une dysharmonie qui n'est pas douteuse si l'on veut bien passer leurs actes, leurs écrits, leurs œuvres au crible de la saine raison.

Les exemples ne manquent pas d'enfants précoces notoirement alcooliques héréditaires, devenus des auteurs justement admirés ; nous n'en citerons qu'un car tous sont à même de l'apprécier : c'est Edgar Poë.

Fils d'un alcoolique et d'une tuberculeuse, Edgar Poë présenta dès son jeune âge la plus grande impressionnabilité et de la dipsomanie, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir des succès scolaires constants et une précocité intellectuelle qui provoqua l'admiration. Mais rien ne venant contrebalancer la tare héréditaire,

ditaire, les difficultés de la vie, jointes à son intempérance, aggravèrent sa dégénérescence et affaiblirent sa santé morale. Les hallucinations, les impulsions, l'incohérence apparurent journellement dans sa vie, et finalement il arriva à une déchéance organique et psychique complète. Et cependant durant cette période il avait enfanté des œuvres d'une habileté et d'une logique consommées, pleines de fantaisie, preuves d'un talent incontestable.

b) Il arrive également que l'on rencontre cet état d'excitabilité, d'instabilité mentales chez des enfants normaux.

G.-Paul Boncour qui s'est occupé et s'occupe encore beaucoup à l'Institut des Enfants arriérés de Vitry-sur-Seine des questions médico-pédagogiques, parle (*Educateur Moderne*, octobre 1908) dans son article sur les troubles de l'intelligence et du caractère dans la polydipsie habituelle, non alcoolique, des écoliers, de cette excitabilité et de cette instabilité mentale.

« Il arrive, dit G.-Paul Boncour, que des parents consultent le médecin parce que leur enfant souffre de la tête, qu'il dort mal ou qu'il a le sommeil léger, qu'il présente des insomnies inaccoutumées, accompagnées d'énervement, qu'il est sujet aux rêves, aux cauchemars où aux terreurs nocturnes. Le professeur de l'enfant, de même que sa famille, se plaint de son mauvais caractère, de son apathie entrecoupée de colères, et de son excitabilité. On apprend que l'enfant mange mal, qu'il bâille après le repas,

que l'appétit est irrégulier. On s'aperçoit qu'il est un peu blafard, que ses yeux sont caves, son haleine mauvaise, et l'on découvre qu'il absorbe quotidiennement des quantités considérables de boissons, jusqu'à 3 et 4 litres. Cette polydipsie n'est pas symptomatique du diabète ou de toute autre affection, c'est uniquement une mauvaise habitude, c'est la polydipsie dite habituelle, qui survient sous l'influence des premières chaleurs.

Nul doute que ces troubles du caractère ne soient sous la dépendance de la quantité de liquide ingurgitée : Il suffit de réduire la dose de boisson pour s'apercevoir rapidement que ce ne sont ni le surmenage ni la chaleur qui étaient les auteurs des phénomènes constatés à l'école comme au foyer. »

Bien entendu, et chacun est à même de le remarquer, tous les écoliers atteints de polydipsie ne présentent pas de troubles nerveux ; il y a, d'un autre côté, des écoliers qui en sont atteints quoique dépourvus de cette habitude.

La polydipsie ne suffit pas, en effet, à créer seule cet état de nervosité et de fatigue intellectuelles : on a beau dire que l'excès de liquide détériore l'estomac, qu'on observe que celui-ci est dilaté, qu'il y a des fermentations ou des auto-intoxications réagissant sur les centres nerveux : ce sont là des constatations, ce ne sont pas des explications.

Pour qu'un état stomacal retentisse aussi fortement sur le fonctionnement cérébral, il faut que les

centres nerveux présentent une vulnérabilité particulière.

Leur fragilité était latente, ou même peu apparente, et la polydipsie n'a fait que la dévoiler, comme aurait pu le faire, d'ailleurs, d'autres affections ; la polydipsie n'est qu'une cause provocatrice.

C'est là une conception qu'on semble avoir négligée dans les explications concernant la genèse de la polydipsie. Le déséquilibre et la débilité du système nerveux sont bien antérieurs à la mauvaise habitude : ce sont eux qui en permettent l'éclosion et la persistance.

On peut comparer ce besoin de boire à un tic. En effet, l'enfant, jour et nuit, demande à boire ; à chaque instant, d'une façon irréfléchie, il dit : « J'ai soif », et il lui arrive de vider le récipient placé devant lui sans même s'en apercevoir. Comme chez le tiqueur, la mauvaise habitude résulte d'une mentalité particulière ; volonté faible, manque de pondération, émotivité, absence totale ou partielle du pouvoir frénateur et régulateur, tel est l'état nerveux et psychique, qui est la base des mauvaises habitudes de ce genre.

C. — TROUBLES MENTAUX.

Si bon nombre des symptômes décrits au chapitre III se rencontrent fréquemment chez les épileptiques et suffisent à faire distinguer un habitus épileptique, il n'en est cependant pas toujours ainsi ; il

n'est pas rare de trouver des épileptiques chez lesquels il est impossible de retrouver aucun de ces caractères. Si donc ils sont capables dans certaines circonstances d'éclairer le diagnostic, leur absence n'est pas exclusive de l'épilepsie.

Ces caractères se rencontrent fréquemment aussi chez les criminels, mais ils ne sont pas non plus constants dans cette autre catégorie de dégénérés. S'il est fréquent de rencontrer chez les épileptiques l'insensibilité, la faiblesse et la lenteur des réactions qui constituent les conditions physiologiques de la paresse et de l'indifférence, avec leurs conséquences naturelles, ignorance et misère, ces ferments du crime et du vice, il s'en faut que tous soient affectés au même degré. Quelques-uns ne présentent pas plus d'anomalies au point de vue social qu'au point de vue psychologique, sont capables de remplir honorablement leur profession ou leur art ; la maladie ne se révèle chez eux que par des paroxysmes qui ne leur apportent, en apparence du moins, qu'un trouble momentané.

Le diagnostic des manifestations psychiques de l'épilepsie surtout lorsqu'elles sont isolées des accès convulsifs présentent les plus grandes difficultés. Outre qu'elles ne s'accompagnent pas de phénomènes physiques faciles à mesurer et à apprécier, on ne peut guère les différencier par la forme des états décrits sous le nom de folie transitoire et d'ivresse émotionnelle et qui se caractérisent aussi par la brusquerie du début, les phénomènes d'épuisement

consécutifs, stupeur, sommeil prolongé, et enfin par une amnésie complète de toute la période du délire.

Ces folies transitoires sont d'autant plus difficiles à séparer qu'elles se produisent en général chez des héréditaires, c'est-à-dire présentant à peu près les mêmes caractères de dégénérescence que les épileptiques.

Le diagnostic ne peut être sûrement établi que lorsqu'il existe chez le même individu des paroxysmes moteurs, dont la nature épileptique ne peut être mise en doute. La clinique ne peut avoir la prétention de poser des limites où la nature n'en a pas tracé. (Ch. Féré. « L'Ivresse émotionnelle », *Revue de Médecine*, 1888, p. 937.)

Les malades dont nous donnons les observations ci-après (obs. XII, XIII, XIV et XV) ont présenté des troubles du caractère ressemblant en tous points à ceux du caractère dit épileptique : irritabilité, irrésistibilité des impulsions, colères, fugues, tentatives de suicide, agitation par accès. Nous ne relevons cependant point dans leurs antécédents la moindre trace d'épilepsie ni même de convulsions. Ce sont des débiles et des déments précoces.

Pour que ces observations aient de la valeur, il faut (et avec le Dr G.-Paul Boncour nous insistons particulièrement sur ce point) qu'il n'y ait jamais eu de crises convulsives à un moment donné de la vie. L'épilepsie, nous fait remarquer le Dr G.-Paul Boncour, est plus fréquente qu'on ne le croit ; seulement

ses manifestations sont souvent passagères et disparaissent à tout jamais. Les convulsions infantiles, l'éclampsie des accouchées sont des formes transitoires. Elles sont négligées parce qu'elles ne se répètent pas. Il n'en est pas moins vrai que ceux qui en ont été affectés portent en eux-mêmes une aptitude convulsive pouvant être mise en relief par des circonstances particulières.

Or, si un individu a eu, même une seule fois, des convulsions et qu'il présente à un moment donné le caractère dit épileptique, on pourrait affirmer qu'il est bien alors une manifestation épileptique.

Dans nos observations, dont il est question un peu plus haut, aucun doute ne peut subsister, ce sont bien des malades non épileptiques indemnes de toute présomption d'épilepsie et qui présentent les altérations décrites sous le nom de « caractère épileptique ».

OBSERVATION XII

(Féré.)

M. B..., vingt-six ans. Ne donne que peu de renseignements sur ses *antécédents héréditaires*. Son père était un homme très irritable ; sa mère se porte bien, elle a eu d'abord deux fausses couches puis une fille qui est morte dans les premiers mois, puis cet enfant qui s'est bien développé et n'a eu *aucun accident nerveux* jusqu'à dix ans.

Il a eu alors des migraines pendant deux ans, puis vers

seize ou dix-sept ans il a eu des pertes séminales qui ont cessé; il n'a d'autres anomalies de développement que deux hernies inguinales.

Les troubles dont il se plaint ont commencé à dix-huit ans ; il éprouvait de temps en temps de l'anxiété lorsqu'il se trouvait dans une foule ou était pris d'une peur subite en allant dans un magasin ou dans une cave où il avait cependant l'habitude d'aller tous les jours, à peu près aux mêmes heures.

Puis ce furent des colères furieuses sans motifs et enfin des fugues qui se produisaient tous les deux ou trois mois, puis toutes les trois ou quatre semaines.

Il éprouve d'abord une sorte d'anxiété, de malaise général, un besoin de s'agiter, de changer de place, une difficulté d'application qui dure douze ou vingt-quatre heures. Enfin le besoin de partir devenant irrésistible, il quitte le magasin où il travaille et, tantôt il s'en va s'habiller, quelquefois d'une manière peu adaptée à la course qu'il va faire : il lui est arrivé de se mettre en habit. Il sort sans avertir personne et parcourt plusieurs cafés où il consomme des boissons non alcooliques, mais les cafés où il entre sont généralement des établissements de bas étage où il ne va pas d'ordinaire et il lie conversation avec n'importe qui, s'emporte sur des questions qui ne l'intéressent pas d'ordinaire et finalement se prend de querelle et rentre généralement vers minuit ou une heure du matin, les vêtements en désordre et, exaspéré, il violente les personnes qui sont avec lui et brise quelquefois des objets mobiliers ; puis il s'endort jusqu'au matin et reste plus ou moins courbaturé toute la journée suivante.

En général, il se souvient de la plus grande partie de ce qu'il a fait pendant cette fugue qui dure dix ou douze heures

au plus. Il peut dire quel établissement il a fréquenté, ce qu'il a bu et les quelques autres actes auxquels il s'est livré et qui sont toujours les mêmes. Dans presque toutes ces fugues, il emprunte de l'argent à des gens qu'il connaît à peine, bien qu'il n'en ait aucun besoin et ce sont des sommes insignifiantes qui ne peuvent lui être d'aucune utilité; et, en outre, il va « déblatérer », suivant son expression : ce qui consiste à aller trouver des personnes qu'il connaît peu, qu'il ne connaît que par ses relations, ou quelquefois des personnes avec lesquelles il est en relations d'affaires et, à brûle-pourpoint, leur jeter à la face ce qu'il peut savoir de désagréable sur leur compte, tant en ce qui concerne leurs affaires personnelles que leurs affaires commerciales. Il ne peut que constater l'irrésistibilité de ses impulsions et il en regrette vivement les effets. En dehors de ces paroxysmes, c'est un homme fort rangé, facile à vivre, appliqué à ses affaires. Cependant de temps en temps, il a des absences et on trouve quelquefois dans ses écritures des ellipses incompréhensibles ou des mots introduits où ils n'ont que faire, dont la présence l'étonne lui-même et qu'il n'a aucun souvenir d'avoir écrits. Par exemple, sur le journal où il écrit les sommes qu'il reçoit, on trouve entre le nom du client et la somme reçue une phrase comme celle-ci : « M. il donne soif, 7 fr. 50. » Le bromure de potassium a une action évidente sur ces manifestations. Sous son influence les impulsions sont moins violentes ; le malade a assez conscience de la situation pour être capable de s'enfermer et de se coucher ; mais le lendemain la courbature est aussi marquée que s'il avait eu un accès complet.

OBSERVATION XIII

(Marchand et Noüet.)

B..., âgé de vingt-cinq ans, entre à l'asile le 23 février 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pneumonie. Mère vivante ; deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Bronchite capillaire à treize mois.

Vers huit ou neuf ans, B... reçoit un violent coup sur la tête en jouant. A eu la coqueluche, la varicelle, la scarlatine.

B... a toujours été *timide*, peu expressif, mais intelligent et laborieux. Vers dix-huit ans, il change de caractère ; il devient *impulsif, coléreux, violent*. Il prend en grippe certaines personnes de son entourage et se livre à des *actes de violence*.

Hallucinations auditives. Il se plaignait de violentes douleurs dans la tête. La mort d'un ami l'avait, à ce moment, beaucoup affligé.

A son entrée à l'asile, l'on note chez lui un affaiblissement des facultés qui permet de porter le diagnostic de démence précoce hébéphrénique.

Depuis cette époque, le malade a toujours présenté des troubles caractéristiques du caractère. C'est au premier chef un *irritable*, un *impulsif*. Il accomplit des actes de *brutalité* d'une façon très *sournoise*, ce qui lui donne encore plus de ressemblance avec le caractère de l'épileptique.

12 avril 1905. — Accès d'*agitation* avec *actes de violence* d'une courte durée.

13 juin. — Donne, dans le dos, sans motif, deux coups de poing à un vieux malade inoffensif.

10 février 1906. — Ne parle à personne ; se promène tout seul, en soufflant bruyamment et en faisant des grimaces. *S'irrite* dès qu'on lui parle.

12 avril 1906. — *Frappe* contre les murs à coups de poing. Accès passagers.

21 mars 1906. — *Casse des carreaux*.

2 novembre 1906. — Dit des *grossièretés* aux malades. Il donne un coup de point dans un carreau.

15 février 1907. — A eu encore une *impulsion violente* au cours de laquelle il s'est blessé la main contre la serrure d'une porte. Est assez tranquille, sombre, taciturne, mais sournois, frappe par derrière.

OBSERVATION XIV

(Marchand et Noüet.)

L'observation suivante concerne un jeune homme, C..., actuellement atteint de démence précoce absolument typique. Or C... au début de son affection a présenté des troubles du caractère *ressemblant en tous points à ceux du caractère épileptique*. Actuellement, ces troubles ont disparu en même temps que l'intelligence a sombré. Voici son histoire brièvement exposée.

C..., âgé de vingt ans à son entrée à l'asile.

Dans les antécédents héréditaires, nous relevons qu'un oncle est mort de paralysie et que le grand-père paternel était débile et alcoolique.

C... a toujours été un faible d'esprit, peu travailleur mais docile et affectueux. Il n'a pu apprendre un métier, n'ayant

d'aptitude spéciale pour aucun métier. Son plus grand plaisir était de se promener dans les églises.

Quelques mois avant l'internement son caractère avait considérablement changé. Les modifications consistaient principalement en accès de violence. A heure fixe, presque tous les jours, vers 2 heures du soir, C... était pris d'un *accès de colère* pendant lequel il *cassait* tout ce qui lui tombait sous la main. La crise une fois terminée, il regrettait les conséquences de ses actes de brutalité et ne présentait aucun trouble mental apparent.

Peu à peu les phénomènes s'accrourent et d'autres symptômes apparurent. C... se levait la nuit, s'introduisait chez des voisins et *dérobait* tout ce qui lui tombait sous la main.

Interné, il présenta pendant quelques mois les mêmes symptômes. Continuellement en mouvement, *il arpentait une cour, donnant des coups de pied et de poing* à tous les malades qui s'approchaient de lui.

Actuellement l'intelligence a complètement sombré. C... est en pleine démence précoce. Et, en même temps que l'intelligence a diminué, les troubles du caractère se sont progressivement amendés.

Il reste cependant, malgré l'énorme déchéance intellectuelle, un certain fond *d'impulsivité*. Tout dernièrement C... s'est précipité sur un gardien qu'il a violemment frappé à la tête.

OBSERVATION XV

(Marchand et Noët.)

M..., âgé de vingt-sept ans à son entrée à l'asile.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un

frère jumeau atteint de troubles mentaux analogues à ceux que présente le malade.

Instruction supérieure. Avocat. A fait un an de service militaire.

Les troubles mentaux remontent à 1903.

Il se figure alors qu'il n'est plus maître de ses actes, qu'une volonté plus forte se substitue à la sienne. Un individu s'occupe de lui, se met en rapport avec toutes les personnes de son entourage. On l'empêche d'agir librement. Il se livre à des *actes de violence* ; il brise des objets dans la chambre d'hôtel qu'il habite. M... se figure qu'on l'a empoisonné : il a *tenté de se suicider*. Il entre à l'asile avec le certificat suivant :

« Ce malade a depuis quelque temps une *excitation cérébrale* et une *exaltation* des facultés intellectuelles qui pourraient lui faire faire des actes dangereux. Il a des *colères violentes*, menace tout le monde, a une diminution de la mémoire et *tente de mettre le feu chez lui*. »

Certificat d'entrée : « Atteint d'affaiblissement intellectuel avec amnésie partielle ; *excitation violente* par moments. *Colères, menaces*, erreur de la personnalité, idées de grandeur. — Dr Dautreberte. »

26 janvier 1906. — Au moment de son entrée, quand on l'interroge, il *s'irrite* et refuse de répondre. Il s'écrie : « Laissez-moi tranquille, vous m'embêtez », et il manifeste violemment son impatience quand on continue à l'interroger, il répond avec la dernière des grossièretés. Impossible de le faire lever, il reste constamment au lit, déclarant qu'il est fatigué. Dès qu'on l'approche, il fait des menaces et prévient « qu'il cassera la figure au premier qui s'approchera de lui ».

12 février 1906. — Le malade est constamment au lit, il ne se lève que pour faire une rapide promenade dans le parc.

Quand on l'interroge, il répond par oui et non et a des *gestes violents d'impatience*. M... est toujours très pâle ; dès qu'on lui parle *il s'irrite* et la rougeur du visage apparaît très vive.

15 juin. — Refuse de recevoir sa mère qui venait le visiter. Il accompagne son refus de menaces et d'actes violents.

15 juillet. — M... étant souffrant on lui propose de l'ausculter. *Accès de fureur* ; il s'écrie : « Laissez-moi tranquille, fichez-moi la paix. » Il déchire ses draps, casse sa cuvette.

23 juillet. — À la suite de la visite de la commission d'enquête, *violent accès d'agitation*. Les magistrats sont venus, dit-il, pour se moquer de lui. Il *déchire* sa literie, jette ses draps par terre, son crachoir à la tête de son gardien. Cet accès dure dix minutes, puis tout rentre dans l'ordre.

14 novembre. — Le malade se lève deux fois par jour, pendant vingt minutes ; il ne parle que par monosyllabes. Dès qu'on lui parle, il rougit aussitôt.

Décembre 1906. — M... reste constamment au lit. *On ne peut lui adresser la parole, car il entre aussitôt en fureur et commet des actes de violence.*

D. — DÉGÉNÉRÉS

Les délires impulsifs des *dégénérés* présentent de nombreux traits de ressemblance avec les impulsions épileptiques.

A la vérité, le diagnostic de ces derniers ne peut être établi d'une façon sûre qu'autant qu'il existe chez le malade des paroxysmes épileptiques moteurs dont la nature ne peut être mise en doute.

En effet, les épileptiques sont souvent eux-mêmes des dégénérés et l'on retrouve fréquemment chez eux les stigmates de la dégénérescence. Leurs délires transitoires ne présentent pas toujours ces caractères distinctifs d'inconscience absolue et d'amnésie totale post-paroxystiques que nous avons indiqués ; en pareil cas et en l'absence de tout accès convulsif, la difficulté du diagnostic peut être très grande.

Le problème se complique encore lorsque le délire aboutit à quelque acte criminel ou délictueux. Sans doute, en thèse générale, l'épileptique, après l'accès, ignore l'acte qu'il a commis tandis que le dégénéré en est conscient et en garde le souvenir. Mais un dégénéré, tout comme un criminel vulgaire, peut fort bien simuler l'oubli des faits accomplis comme il pourra simuler l'épilepsie dans le but d'établir qu'il est irresponsable.

Dans cet ordre de faits, le diagnostic peut rester longtemps en suspens ; il ne saurait du moins être formulé qu'après une observation minutieuse et suffisamment prolongée. L'enquête devra porter sur l'hérédité du sujet, ses antécédents névropathiques, son état mental habituel, les altérations du sens moral et de l'intelligence qu'il a pu présenter ; il faudra rechercher l'existence des stigmates physiques, les traces qu'ont pu laisser les attaques antérieures, etc... Mais ce sont là des éléments de probabilité et non de certitude.

Dans l'hypothèse d'une épilepsie simulée par un sujet dûment averti et stylé, l'erreur est toujours pos-

sible. Il ne suffit même pas d'assister à un accès pour être en mesure d'affirmer sa sincérité ; l'exemple de Calmeil simulant une attaque en présence de Esquirol est là pour le prouver.

La sincérité des attaques ne peut être rejetée qu'autant qu'il existe des signes manifestes de supercherie. Seule, la constatation de l'hypotoxicité urinaire dans les périodes intercalaires, des variations post-paroxystiques de l'excrétion urinaire, d'une élévation thermique coïncidant avec la fin de la crise et disparaissant quelques heures après pourront sérieusement aider au diagnostic.

L'épilepsie étant reconnue, il reste encore à rechercher si le prévenu était bien sous le coup d'un paroxysme au moment où l'action criminelle ou délictueuse a été commise ; car, on le conçoit aisément, un épileptique avéré peut commettre, en pleine conscience, en dehors de tout paroxysme mental, un acte coupable et invoquer ensuite son mal afin d'échapper à la responsabilité pénale ou civile qu'il a encourue.

Ici encore l'embarras du médecin légiste peut être extrême. En effet, les actes des épileptiques en état de délire impulsif n'ont pas *toujours* les caractères tranchés que les descriptions nosographiques leur imposent.

L'absence de but intéressé, la violence excessive de l'acte, la répétition de l'action coupable suivant un mode uniforme, sa soudaineté etc., tous ces caractères, parfois fort difficiles à établir dans la pratique,

ne sont pas absolument spécifiques. De même l'inconscience et l'amnésie, étant d'ordre purement subjectif, échappent à tout contrôle.

En fait, on peut bien arriver dans certains cas à une conviction ferme, mais non pas à la certitude. (Féré, Dutil.)

Il est question dans l'observation XVI d'un dégénéré n'ayant jamais présenté ni convulsions, ni vertiges, ni crises, et ayant des impulsions soudaines d'une violence extraordinaire, suivies de dépression consécutive de plusieurs heures.

D'autre part, dans le cas que nous rapportons à l'observation XVII, tout se trouvait réuni pour faire de ce malade, dégénéré, un épileptique :

L'hérédité est extrêmement chargée. Du côté *paterne* nous trouvons des exemples d'alcoolisme, d'arriération, de vagabondage, de paralysie, etc.

Du côté *maternel* il y a des crises nerveuses, de l'aliénation, de l'alcoolisme, des méningites, un pied bot. Tous les frères et sœurs du malade ont eu des *convulsions*, l'un d'eux est mort à Bicêtre de *sclérose tubéreuse*.

Il suffit de se reporter au sommaire pour voir en détail l'hérédité.

Bien que la conception, la grossesse et la naissance n'aient présenté aucun trouble pathologique, l'enfant n'aurait cessé de crier nuit et jour jusqu'à l'époque du sevrage, à treize mois. Exception faite de l'*incontinence nocturne d'urine* qui se serait produite jusqu'à quatre ans, Edouard n'aurait offert rien d'a-

nornal au point de vue de l'évolution physique et intellectuelle. A dater de trois ans, on lui reproche déjà son bavardage excessif et une tendance à vouloir s'occuper de tout. Si nous relevons ces manifestations qui, après l'asile maternel se reproduisent à l'école primaire, c'est parce qu'elles prendront à l'époque de la *puberté* une intensité morbide, une allure pathologique. De la sortie de l'école au début de la seizième année, rien de particulier, mais au moment où Edouard devient pubère on remarque des périodes d'excitation et de bavardage alternant avec des périodes de mélancolie et de taciturnité, le tout accompagné de douleurs de tête. En même temps, les sentiments affectifs diminuent, et l'enfant devient irritable même envers sa mère. En juin 1894, Edouard assiste aux obsèques de Carnot : il est affecté au point de vue physique et moral. Pendant une douzaine de jours, il a des idées bizarres, éprouve un besoin de mouvement sans but, puis survient une période de mélancolie à laquelle succède une période de loquacité ; et l'alternance de ces phénomènes pathologiques devient régulière et ne présente plus d'interruption. En même temps s'accroît la bizarrerie des idées et apparaissent les premiers signes d'instabilité (*achats non autorisés, placements spontanés et multiples, vol d'argent à son père, emprunts à des amis de la famille, grossièretés, fugues, etc.*). C'est dans cet état qu'il est amené à l'Institut médico-pédagogique.

Et cependant malgré la présence de tous les symp-

tômes du caractère dit épileptique qui sont ici au grand complet : extravagances, instabilité, vols, fugues multiples, répétées dans les mêmes conditions ; jamais ce malade n'avait présenté de convulsions, ni vertiges d'aucune nature. Il a été suivi à l'Institut médico-pédagogique de Vitry avec beaucoup de soins, et particulièrement étudié au point de vue épilepsie, que jamais on n'a pu dépister.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

(Prise grâce à l'obligeance de M. le Dr G.-Paul Boncour, médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.)

Marcel P. . . , né en juin 1890.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Père* tremblement nerveux des mains. Grand-père et oncle même tremblement. Pas de convulsions.

Mère, soixante-douze ans. Tremblement des extrémités supérieures. Rien de particulier à signaler. Pas nerveuse, pas de convulsions, pas de migraines.

Pas de consanguinité.

Conception, rien de particulier.

Grossesse, un peu d'anémie pendant.

Accouchement à terme, trois semaines plus tard qu'on pensait. Présentation du sommet. Poids de l'enfant. 9 liv. 1/2. A crié de suite.

CONVULSIONS = 0. VERTIGES = 0.

Parole à vingt mois. Marche à dix-sept mois. Propre à deux ans. Dentition complète à deux ans. Nous n'avons pas l'âge de la première dent.

Caractère. — Sujet à des *colères très fortes* dans lesquelles il devient pâle et tremblant. Rictus très marqué à propos de la moindre contradiction. Injure son père, sa mère, les voisins. Menace de tout briser et de frapper sur les gens.

Après ses vives colères il présente une dépression générale qui va presque jusqu'à la mélancolie.

Une colère. Le jour de son entrée on a dû le maîtriser. Entré en voiture par une porte de service. Dès qu'il a compris où il se trouvait, il a bousculé les deux personnes qui l'encaadraient, s'est sauvé. Quand on le rattrape, donne *des coups de poing, des coups de pied, il mord, crache à la figure* des personnes, le tout est accompagné de *grossièretés*. « Vous me faites ch... ! Je vous em... ». Dépression consécutive de plusieurs heures (5 heures à 7 heures).

A la suite d'une taquinerie, il menace de s'étrangler.

En promenade, un de ses camarades l'effleure du coude. Il lui donne des coups de pieds.

29 mai 1907. — Donne un coup de pied à son professeur. Il demande immédiatement pardon sans qu'on l'en ait prié.

18 juin 1907. — Il menace le jardinier de sa bêche.

Janvier 1908. — A cinq accès de colère dans le mois contre ses camarades.

C'est un très mauvais camarade, en discussions continuelles. Il est jaloux.

Août 1909. — Il prend à table une bouteille pour la jeter à la tête de son professeur.

C'est principalement à son retour de vacances, que ses *impulsions* se manifestent le plus.

A en quelques idées noires en juin 1909 : se figurait que sa grand'mère était morte et qu'on lui cachait son décès.

Cependant, ce jeune homme n'a jamais présenté de fugues et on peut le mettre seul en chemin de fer pour aller rejoindre sa famille. Il n'a jamais une seule fois manqué le rendez-vous avec ses parents.

Dès que M. Boyer, directeur de l'Institut médico-pédagogique, le voit un peu coléreux, il l'envoie faire une commission même en dehors de l'établissement (chez le pharmacien) à 400 ou 500 mètres. A son retour sa colère est calmée et ne reparait pas.

OBSERVATION XVII

(Bourneville et J. Boyer)

Instabilité mentale. — Hérité très chargée. — Traitement médico-pédagogique. Guérison.

Sommaire. — Père, rien de particulier. Grand-père paternel devenu alcoolique sur le tard. Oncle paternel arriéré, inconscient, instable, mendiant. Autre oncle paternel, excès de boisson, paresseux, camelot. Tante paternelle, excès de boisson (eau-de-vie de cidre). Deux grands oncles paternels paralysés. Autre grand oncle paternel, mort tuberculeux.

Mère nerveuse, céphalalgies. Cousin maternel au deuxième

degré, aliéné. Grand'tante maternelle, attaques de nerfs de vingt à vingt-quatre ans. Deux grands oncles maternels arriérés. Grand oncle maternel, excès de boisson. Trois oncles maternels morts tuberculeux. Cousin germain maternel, idiot (Bicêtre.) Deux autres cousins germains, tuberculeux. Deux tantes maternelles mortes tuberculeuses. Quatre cousins germains maternels morts de méningite. Cousin germain maternel, pied-bot. Plusieurs cas de gémellarité dans la famille de la mère.

Sœur morte de convulsions. Frère mort à Bicêtre de sclérose tubéreuse. Autre sœur, migraineuse, a un coté plus faible que l'autre.

Autre frère, convulsions de l'enfance. Autre frère, convulsions répétées de l'enfance. Autre sœur, morte de convulsions.

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de six ans.

Conception, grossesse, naissance, rien de particulier. Cris constants de nuit et de jour, pendant treize mois. Première dent à sept mois, dentition complète à deux ans. Marche à quinze mois. Parole à dix-neuf mois. Propre incomplètement à dix-huit mois. Incontinence d'urine trihebdomadaire jusqu'à quatre ans. Intelligence assez développée. Certificat d'étude primaire à onze ans et demi. Mobilité, bavardage. Conduite et travail réguliers jusqu'en juin 1894 (seize ans et demi.) Périodes de tristesse et de taciturnité alternant avec des périodes de bavardage et d'excitation ; céphalalgies simultanées. Modification du caractère à la puberté. Diminution des sentiments affectifs. Vivement impressionné par la cérémonie funèbre de Carnot (juin 1894). Retour des périodes de mélancolie, alternant avec des périodes d'excitation. Contrariété, achat de trousseau sans autorisation, idées de s'éloigner de sa famille. Se place lui-même à plusieurs reprises et quitte ses patrons sans motif sérieux.

Pseudo-grivélerie. Accès extravagants : correction, taciturnité consécutive. Nouveaux essais de placement. En décembre 1894, période de mélancolie et de loquacité. Emprunts d'argent. Fugue le 24 juin 1895.

Instabilité. Vol paternel. Nouveaux emprunts chez des clients de son père. Voyages multiples. Description du malade à dix-huit ans. Traitement médico-pédagogique. Disparition des périodes alternantes de mélancolie et d'excitation. Réapparition des sentiments affectifs. Amélioration progressive de l'état moral. Guérison.

Edouard B..., né à Paris, le 11 octobre 1877, est entré à l'Institut médico-pédagogique le 3 octobre 1895.

Antécédents. — (Nous passerons sur les antécédents terriblement chargés qui sont résumées dans le sommaire de façon très suffisante.)

Notre malade. — A la *conception* les parents étaient bien portants, sauf la mère qui souffrait de constipation.

Grossesse. — Dans le premier mois, troubles digestifs, constipation, pas de vomissements ; pas de peurs, pas de coups, pas de chutes, pas d'envies, pas de syncopes.

Accouchement à terme naturel, en deux heures, présentation de la tête.

A la naissance. — Pas de cordon, pas d'asphyxie : « il était très correct, très beau ».

Élevé au sein jusqu'à treize mois, n'a jamais cessé de pleurer nuit et jour. C'était le premier que la mère nourrissait, contrariée d'avoir vu les autres mourir en nourrice. Très constipé, faisant tout vert. Il a cessé de crier à treize mois, quand il a été sevré. Première dent à sept mois, seize à seize mois, les vingt à deux ans.

JAMAIS DE CONVULSIONS. Marche à quinze mois. Parole à dix-neuf mois, il parlait assez bien ; couramment à deux ans. Propre à dix-huit mois ; mais durant les hivers jusqu'à quatre ans il lui arrivait deux ou trois fois par semaine d'uriner au lit.

Envoyé à l'école maternelle à trois ans, n'a jamais manqué ; apprenait bien ; on lui reprochait de causer toujours et de s'occuper de tout. A six ans va à l'école communale, travaillait bien, causait et jouait, mais distrayait ses camarades ; à deux ou trois reprises différentes, il s'est plaint de la tête.

Est resté à l'école communale jusqu'à quinze ans ; a eu son certificat d'études à onze ans et demi. A quinze ans est resté six mois avec ses parents qui tenaient un commerce de vins et d'épicerie ; servait au comptoir, on assure qu'il ne fumait ni ne buvait. Il est resté deux mois avec le successeur de son père qui était très content de lui. Est allé dans le Soissonnais chez un oncle où il resté trois mois ; de là a été passer quinze jours à Dieppe avec ses parents. A été employé six mois chez un marchand de beurre et œufs en gros, puis est revenu chez ses parents qui avaient repris un commerce (février 1894).

Bien qu'il ait continué à travailler régulièrement jusqu'en juin 1894, on avait remarqué, depuis quelques mois, des changements dans son caractère : Il restait quelquefois sombre durant quatre, cinq et six jours, ne parlait pas à ses parents ; mais continuait à parler aux clients ; à ces périodes de mutisme succédaient des périodes de bavardage exagéré ; en même temps, douleurs de tête.

« Quand la barbe a poussé, les changements se sont accentués » ; tandis qu'autrefois il se tourmentait quand il voyait sa mère ennuyée, il montre vis-à-vis d'elle une réelle indifférence ; se fâche même souvent après elle, sans cependant être grossier ni violent.

Edouard assiste au convoi de Carnot, il en revient très affecté, consterné, abasourdi ; sueurs exagérées. Trois jours après il avait le teint jaune ; vu par un médecin qui prescrit une purgation.

Il est resté absorbé pendant douze jours, puis se met à causer, sans extravagance, cependant ; voulait sortir à chaque instant ; avait des caprices, ses chapeaux ne lui plaisaient plus. Puis est survenue une période de mélancolie. Il va passer quinze jours chez un oncle à la campagne.

On le ramène à Paris parce qu'on le trouvait trop « émancipé » et qu'il se mêlait sans réserve à toutes les conversations. Chez ses parents il se montre moins affectueux, moins prévenant.

En septembre 1894, comme ses parents ne veulent pas le laisser aller au mariage d'un cousin, il se montre très mécontent ; se met à faire de la bicyclette, va commander à la Belle-Jardinière un trousseau avec l'idée de se placer hors de sa famille. Trouve lui-même à Issy dans une épicerie où il ne reste que quinze jours ; prétendait pouvoir manger du chocolat qui, disait-il, venait de chez son père. De retour chez lui, il se montre excité et désobéissant. Se fait embaucher à Neuilly et son nouveau patron le remercie le jour même. Il rentre chez sa mère plus excité que jamais, se sert même d'expressions grossières. Au lieu d'aller chez un ami de la famille qui devait le moraliser et chez lequel il devait déjeuner, il s'installe chez un marchand de vins, pour manger et, comme il n'a pas assez d'argent pour payer, il laisse sa montre. Il revient chez lui et on l'expédie le lendemain chez son oncle à la campagne. Il se montre chez lui *extravagant*, monte sur les voitures, cause sans cesse : son oncle, pour le faire taire, lui a donné une gifle, il

est resté six semaines sans lui causer ; il continuait cependant à faire pour son oncle des recouvrements.

Revenu à Paris fin décembre 1894, Edouard est remplacé chez un de ses anciens patrons, mais le cinquième jour n'y veut plus retourner. Il est montré à M. le D^r Lecoq qui prescrit une purgation. A partir de ce moment l'enfant est quinze jours sombre, quinze jours excité : la *mélancolie* et la *loquacité* sont de plus en plus accentuées ; peu de bonnes périodes.

24 juin 1895. — Edouard emprunte 40 francs à un ami de la famille et part pour Le Havre. De cette ville il redemande par dépêche de l'argent à la même personne, pour aller, dit-il, à Londres.

Comme l'ami va aux renseignements et qu'il apprend la fugue de l'enfant, il ne répond pas à Edouard. Ce dernier revient en toute hâte à Paris, va trouver le boulanger de la famille auquel il emprunte 30 francs et file à Joinville-le-Pont canoter, y dîne et prend le train pour Orléans. Là, n'ayant plus d'argent, il télégraphie au boulanger pour lui demander 40 francs, lui promettant de rentrer à Paris. Son père va le chercher ; il le rencontre dans les rues ; Edouard avait lavé sa **chemise lui-même** et l'avait remise ; dans le voyage de retour, il a, dans le wagon, une très **mauvaise tenue**.

En juillet 1895, Edouard est resté douze jours sans vouloir quitter sa chambre ; il dérangeait tout, déplaçait les livres, mangeait en dehors des repas. Le 16 juillet il retourne travailler chez son patron et se conduit bien huit jours. Sans motif aucun n'y veut plus retourner ; son patron vient le reprendre lui-même, essaye de l'encourager et finit par le faire revenir chez lui, mais le travail est de plus en plus irrégulier. Edouard se met à lire beaucoup, se cache pour satisfaire sa passion.

Après un voyage en famille où il se montre par intervalle très excité, il retourne chez son patron et le quatrième jour il fait, chez lui, un paquet d'objet les plus divers, vole 20 francs à son père, et va, sous prétexte de faire une course, chez une parente habitant la banlieue ; il découche, emprunte le lendemain à des amis de son père 1 franc par ci, 4 francs par là, 15 francs ailleurs. Va déjeuner chez un marchand de vins où il arrive à ne plus avoir le sou, il n'avait même plus de chemise. Il trouve moyen de revenir à Paris, emprunte encore 7 francs à un client de son père et prend le chemin de fer pour aller voir son oncle dans le Soissonnais. C'est là que ses parents le retrouvent enfin. Il y reste quelques jours, prend à son oncle des quittances d'assurances, en touche le montant (200 fr.) et prend le train pour Paris sans prévenir personne. Arrivé à la gare de l'Est, apercevant un train qui allait partir pour Belfort il prend un billet d'aller et retour pour cette ville et s'embarque. Ses parents ignoraient où il était passé. Il revient de lui-même à Paris, au bout de quelques jours et rentre chez ses parents qui le conduisent aussitôt à l'*Institut médico-pédagogique*.

ETAT A L'ENTRÉE. — a) *Etat physique*. — La *physionomie* paraît intelligente, l'expression est plutôt triste. Les *cheveux* sont noirs, assez épais, les *yeux* brillants, marron foncé, entr'ouverts, le *nez* droit et fort, les *joues* plates, peu colorées, le teint est mat, la *bouche* moyenne, la mâchoire inférieure un peu proéminente, les *oreilles* normales. La lèvre supérieure est couverte d'un duvet brunâtre, la barbe est naissante, assez fournie sur les joues et sur le menton.

Thorax très bien constitué, large, épais, région pectorale proéminente, sans exagération.

Membres supérieurs régulièrement conformés, articula-

tions phalango-phalangiennes un peu saillantes, ongles normaux.

Ventre plutôt plat, normal.

Membres inférieurs tout à fait réguliers, les trois derniers orteils du pied droit un peu portés obliquement en dehors. Le pied gauche ne présente aucune déviation des orteils.

Puberté. — Poils noirs, très abondants sous les aisselles, quelques poils autour des aréoles mammaires, petits poils entre les deux seins, trainée de poils descendant de l'épigastre et s'élargissant jusqu'au pénis, envahissant les aines, les bourses et les parties supérieures des cuisses. Le scrotum est normal.

Verge assez bien développée, prépuce assez court laissant voir la pointe du gland. *Gland* découvrable, un peu pointu, méat normal. *Testicule gauche* de la dimension d'un œuf de pigeon. *Testicule droit* plus gros. Pointe de *hernie inguinale* à droite. Poils fins assez abondants, sur la région lombaire, les fesses et les cuisses ; poils fins sur la moitié postérieures des bras.

Etat physiologique. — Rien de particulier à signaler sur son état ; rien à l'auscultation. Les articulations sont souples et capables de mouvements étendus. Les *organes des sens* paraissent fonctionner régulièrement. A signaler dans les fonctions digestives, une appétence capricieuse, une constipation persistante.

c) *Etat psychologique.* — L'*intelligence* est celle des enfants de son âge ; l'*attention* et la *réflexion* sont normales ; la *mémoire* bonne ; l'*imagination* parfois extravagante ; l'enfant parle de tout et sur tout en vrai hâbleur, rabâche longtemps la même idée, coq-à-l'âne fréquents, s'écoute parler ; finit par croire que c'est arrivé, se laisse entraîner par l'idée du moment ; dans les rémissions, paraît raisonner à peu près convenable-

ment. Il a conservé les connaissances acquises pendant la période d'écolage, les a augmentées par des lectures diverses ; on sent cependant que ce qu'il a appris lui-même dans les livres est imparfaitement assimilé, quelques confusions constatées. Son écriture se ressent de l'état du moment : très lisible et très régulière dans les périodes de rémission, elle est tourmentée et irrégulière dans les périodes d'excitation, la lettre qu'il a écrite de Belfort à ses parents est très difficile à lire. Aptitude pour le calcul et la comptabilité en particulier ; préfère les sciences aux lettres, n'aime pas la musique.

d) *Etat instinctif et moral.* — Edouard aime la société ; il lui faut du reste quelqu'un à côté de lui pour satisfaire son besoin de parler. Il ne paraît présenter aucune perversion d'instincts. Il est franc ; s'il ment *quelquefois*, c'est inconsciemment. Avoue ses escapades ; quand on lui demande pourquoi il a été à Belfort, par exemple, il répond : « C'est une idée qui m'a pris, histoire de me promener. » — Paraît avoir la notion du bien et du mal. Idées religieuses assez prononcées. N'est pas méchant ; volonté faible. Se ressent bien vite du milieu dans lequel il vit. Quelques manières communes surtout à table où il n'a aucune réserve, langage grossier, termes d'argot s'occupe très peu de sa toilette ; tenue négligée.

Traitement. — Bains, douches, gymnastique, travaux de jardinage, travaux scolaires, traitement moral.

Octobre 1895. — L'enfant s'est montré très docile à suivre toutes les parties du traitement. En classe cependant il a le verbe haut, interrompt à chaque instant le maître ; à table, cause tout le temps, se mêle à toutes les conversations, accepte les observations qu'on lui fait, mais les oublie presque aussitôt. Les idées qu'il exprime ne sont pas à proprement parler

incohérentes, mais elles présentent des coq-à-l'âne qui déroutent ceux qui l'écoutent. La pointe de *hernie* signalée à l'entrée persistant, l'enfant porte un bandage spécial.

Novembre. — L'enfant ne présente plus de constipation. Forte migraine le 15, purgatif le lendemain. Léger eczéma sur la joue droite, le 20, qui disparaît le 25. Le bavardage incessant persiste ; pas de période de mélancolie.

Décembre. — L'enfant est très tranquille en classe ; le verbiage a sensiblement diminué ; à table, Edouard mange proprement, ne se mêle plus que discrètement aux conversations.

Le 25, un de ses camarades s'étant moqué de lui, Edouard reste près d'une heure sans vouloir causer à qui que ce soit. Ce petit accès de mélancolie n'a pas d'autre suite.

Janvier 1896. — L'enfant est allé quatre jours chez lui, s'est très bien comporté. A sa rentrée, le 5, purgatif. Le 20, autre purgatif. L'amélioration continuée. L'enfant suit les cours de la classe, comme un enfant ordinaire, prend plaisir maintenant aux travaux manuels.

Février. — Sort le jour du Mardi-Gras ; tout se passe bien. Légère migraine le 18.

Mars. — Purgatif le 2. Sort à la mi-carême ; ses parents, en nous le reconduisant, nous font son éloge. La hâblerie a complètement disparu ; ne cause plus maintenant que pour dire quelque chose de sensé. Est le premier à demander un devoir ou une leçon, ne reste jamais inoccupé, prend goût à la musique, morigène ses camarades, s'occupe même affectueusement des enfants plus jeunes que lui, veille à leur toilette et à leur tenue. A table, il s'informe constamment si telle ou telle chose doit ou ne doit pas être faite.

Avril. — L'amélioration continue, Edouard a oublié ses fras-

ques ; s'il en parle, par hasard, c'est pour nous dire : « Les drôles d'idées que j'avais. » On le laisse sortir et rentrer seul à deux reprises, aucun incident ne se produit. Le 19, ses parents le reprennent à titre d'essai ; il est confié à l'oncle de province qui l'avait déjà eu ; y reste jusqu'au 5 octobre. A sérieusement travaillé avec cet oncle qui est expert-géomètre. Dans le courant d'octobre, il est placé comme aide-comptable chez un commissionnaire des halles. Est resté à la même place jusqu'au moment de son départ pour le service militaire (novembre 1898.)

Edouard, sort seul, sort avec ses parents, est revenu souvent nous rendre visite. Nous avons pu constater ainsi que l'amélioration a été une véritable guérison. La dernière fois que nous avons vu son père, ce dernier nous a dit : « Je n'aurais jamais cru qu'Edouard serait redevenu l'enfant d'autrefois. » Il accomplit actuellement son service dans un régiment d'artillerie. Depuis la rédaction de cette observation, Edouard B... est venu nous voir (5 avril 1899). Il nous annonce lui-même qu'il est proposé pour être brigadier après l'inspection annuelle d'avril. La tenue est bonne, la physionomie ouverte et dénotant une excellente santé.

Le 17 octobre 1909, nous apprenons qu'Edouard B... est marié. Il est revenu plusieurs fois à la Maison de Santé ; il est très reconnaissant des soins qui lui ont été donnés et il désire continuer à venir revoir de temps en temps ses anciens maîtres. Sa santé est excellente, son caractère est demeuré aussi normal qu'à sa sortie de l'établissement.

E. — IDIOTS

Dans l'observation XVIII il est question d'un idiot présentant lui aussi des troubles du caractère se rapprochant beaucoup de ceux décrits sous le nom de caractère épileptique et cependant là encore ni convulsions ni crises.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Bourneville et Izart)

M... Gaston, âgé de quatre ans, né à Paris, le 9 décembre 1892.

Entré le 22 février 1896 et sorti le 22 novembre 1900.

Père rien de particulier. Arrière grand'mère paternelle paralysée. Grand-oncle paternel mort poitrinaire. Autre grand-oncle paternel alcoolique. Cousin arriéré pour la parole.

Mère et sa famille rien de particulier. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de cinq ans.

Conception rien de particulier.

Grossesse. Albuminurie.

Accouchement normal.

Première dent à six mois. Marche à treize mois. Parole à ?

Chute sur la tête à un an. Onanisme. Pneumonie à quatorze mois.

Hernie inguinale opérée à deux ans.

Clastomanie. Krouomanie. Dacnomanie. Gâtisme.

Traitement médico-pédagogique, amélioration notable.

Sortie prématurée, envoi dans une école ordinaire où l'amélioration progresse.

Il n'a jamais eu de convulsions, jamais d'étourdissements.

Entrée. — Caractère. — Son caractère est violent, emporté ; il casse tout, veut tout arracher ; en dehors de ces accès de colère qui sont assez fréquents, l'enfant est calme. Les colères ont débuté à deux ans et demi. Il tapait les portes et les murs à coups de pied. Il devenait cramoisi en ces moments. Pas gourmand. Il avait des accès de clastomanie au cours desquels il cassait des verres, des assiettes. Il mordait sa mère. Il est beaucoup plus affectueux pour son père. Attention peu développée ; il a cependant un certain degré de mémoire ; car il retient bien certains airs et les répète facilement. Comme il n'est jamais avec d'autres enfants, on ne sait s'il serait méchant avec eux. Il comprend quand il fait bien et quand il fait mal. Il semble écouter quand on lui parle et manifeste qu'il comprend ce qu'on lui dit.

Juin 1896. — Il est moins coléreux qu'à son entrée dans le service, mais ne joue pas avec ses camarades. Il s'asseyait par terre et se met à crier fort si on essaie de le faire lever. Il est caressant pour les personnes qui le soignent.

Décembre 1896. — Il est toujours capricieux et coléreux ; mais plus familier avec ses camarades. Il consent à jouer avec quelques enfants de son âge.

Décembre 1897. — Son caractère est plus câlin, il se fâche moins souvent et joue avec ses petits camarades sans les frapper. Il est devenu gai et chantonne. On peut maintenant l'emmener en promenade. Il s'intéresse à ce qu'il voit dehors et questionne ceux qui l'accompagnent.

Il apporte beaucoup plus d'attention aux exercices de la classe où il a fait de réels progrès.

Juin 1899. — L'amélioration continue surtout pour la parole.

Juillet 1900. — L'enfant a fait des progrès satisfaisants. Son intelligence s'est bien développée. Son caractère laisse bien encore un peu à désirer, il se met encore en colère, mais bien moins souvent qu'auparavant.

Il sort le 22 novembre 1900.

F. — DÉBILITÉ MENTALE

Marchand et Noüet ont rencontré, à l'asile de Blois, certains individus débiles, qui, bien que n'étant pas des comitiaux, présentaient un caractère voisin par beaucoup de points du caractère dit épileptique.

Leurs observations sont rapportées sous les numéros XIX à XXII.

OBSERVATION XIX

(Marchand et Noüet)

M... Octave, âgé de vingt-sept ans à son entrée à l'asile.

Père mort d'une maladie du foie. *Mère* vivante. M... est l'aîné de huit enfants, un frère mort à l'asile était atteint d'idiotie.

M... *n'a pas présenté de convulsions* dans le jeune âge. Il a marché après deux ans et n'a parlé que vers quatre ou cinq ans. Il est allé en classe jusqu'à quatorze ans, mais n'a rien appris.

M... a toujours été *méchant, brutal*. Tout jeune, il *battait sa*

mère et ses sœurs. Il avait de *violentes crises de colère* et *injurait* sans cesse sa famille.

Au point de vue physique, M... est vigoureux, mais il est sujet à de violentes migraines. Il a des troubles de l'équilibre et souvent il se sent entraîné en avant au point, parfois, de tomber à terre. M... a séjourné à l'asile de 1900 à 1905, date de sa mort. Pendant ce laps de temps il n'a jamais voulu travailler et se livrait fréquemment à des *actes de violence*. Il *injurait* les autres malades, déchirait ses vêtements, *frappait* qui l'approchait. M... meurt le 22 novembre 1905 d'entérite aiguë.

Autopsie — La dure-mère adhère au crâne au niveau des lobes frontaux. Grande quantité de liquide céphalo-rachidien, le cerveau, très petit, ne pèse que 840 grammes. Chaque hémisphère pèse 420 grammes. Le cervelet ne pèse que 60 grammes.

La disposition et la forme générale des circonvolutions sont normales tant pour le cerveau que pour le cervelet.

Congestion généralisée, portant spécialement sur l'hémisphère droit. Pas de lésions localisées. La première est friable et adhérente au cortex en de nombreux endroits.

Examen histologique. — L'examen a porté sur la première frontale gauche, les frontales et les pariétales ascendantes droites et gauches. Nous avons employé les méthodes de Nissl, de Weigert-Pal et de Weigert pour la névroglie, la coloration du picro-carmin et de l'hématoxiline.

Cerveau. — Les méninges sont épaissies, fibreuses, très vascularisées et intimement adhérentes au cortex sous-jacent. La substance grise présente une épaisseur moindre qu'à l'état normal. Les cellules pyramidales sont nombreuses, renfermant des granulations chromophiles, mais paraissent beaucoup plus

petites que normalement. Les fibres tangentiellles sont très diminuées de nombre.

Sclérose étendue à toute la couche moléculaire et en rapport avec les adhérences méningées.

Pas de lésions des vaisseaux.

Cervelet. — Les circonvolutions sont très petites, mais bien formées. Diminution considérable du nombre des cellules de Pürkinje. Sclérose de la couche moléculaire.

Les méninges du cervelet sont épaissies par places. En certains endroits, elles forment de véritables pelotons fibreux et, à ce niveau, l'on remarque que le tissu cérébelleux voisin est très altéré. Les méninges forment corps avec le tissu cérébelleux sclérosé et le pénètrent jusqu'au niveau de la couche granuleuse.

Les fibres à myéline sont bien colorées mais les arborisations de l'arbre de vie sont petites.

Bulbe. — Légère sclérose des faisceaux pyramidaux. Pas d'autres lésions apparentes, si ce n'est que le bulbe est très petit. Pas de lésions des plexus choroïdes.

Moelle. — On y rencontre des lésions légères de sclérose combinée.

OBSERVATION XX

(Marchand et Nouët)

G... Jean-Pierre, âgé de trente-sept ans à son entrée à l'asile le 23 août 1892, venant d'un hospice cantonal.

Antécédents héréditaires inconnus (enfant naturel). Rien d'anormal dans les antécédents personnels.

G... a toujours été un pauvre d'esprit. Il présente de la débilité mentale à un degré très prononcé. Il sait son nom, son âge, répond à quelques questions simples, mais ses connaissances sont très bornées. Ce qui domine chez lui, ce sont les troubles du caractère. Il *est irritable et impulsif d'une façon très accentuée*. Généralement il est *satisfait de son sort* et très tranquille mais, à la moindre contrariété il entre en fureur, a des impulsions violentes. Il est allé à différentes reprises se coucher sur la voie ferrée. Or, G... n'a jamais présenté de crises convulsives. Souvent il se cogne la tête avec acharnement contre un mur, brise ses sabots, les lance à la face du premier venu. Il attaque souvent ses camarades par derrière, sournoisement, sans aucune provocation. C'est un bon travailleur. Il réalise à bien des points de vue le type du débile épileptique et cependant il est absolument indemne de cette névrose.

OBSERVATION XXI

(Marchand et Noët)

A... Joseph, âgé de douze ans, entre à l'asile le 27 mars 1891.

Père alcoolique, mère bien portante ; cinq frères et sœurs normaux.

Antécédents personnels. — Aurait eu à vingt deux mois des fièvres mal définies qui arrêterent sa croissance. N'a marché qu'à cinq ans. Atteint de surdité. A... présente de la débilité intellectuelle à un degré assez accentué. Au point de vue du caractère de ce sujet, voici quelques notes qui ont été prises sur

lui, à différentes périodes de son existence, depuis son entrée dans l'établissement.

2 avril 1901. — *Turbulent, malicieux, sournois, méchant.*

Décembre 1904. — Très bon travailleur. Travaille à la cor-donnerie ; il est adroit, mais *querelleur, violent, impulsif.*

1^{er} février 1907. — *Caractère difficile*, très autoritaire avec ses camarades. *Impulsions violentes.* Frappe à la moindre contrariété. Ce malade présente une *irritabilité* et une *irascibilité* toute particulières ; il *n'a jamais présente d'accès épi-leptiques.*

OBSERVATION XXII

(Marchand et Noüet)

H... Edouard, âgé de vingt-deux ans à son entrée à l'asile.

Antécédents héréditaires. — *Père* quarante-deux ans, bien portant. *Mère* débile au point de vue intellectuel ; deux frères idiots. Trois cousines atteintes d'idiotie.

Antécédents personnels. — Est faible d'esprit depuis la nais-sance. N'a jamais eu de maladie grave. *Pas de convulsion étant jeune.* Il était occupé chez lui à des travaux de culture.

Entre à l'asile le 11 octobre 1892.

Ce malade qui est atteint de débilité mentale profonde pré-sente un caractère qui a beaucoup de points communs avec celui des comitiaux. Pour s'en convaincre il suffit de lire les notes suivantes qui ont été prises sur lui depuis son arrivée.

Août 1897. — *Brutal, méchant, irritable, impulsif et sournois.* Travaille régulièrement aux champs.

Au point de vue physique : Tête petite, bosses frontales très développées, front étroit, sourcils se rejoignant sur la ligne médiane, asymétrie faciale. Palais ogival. Pupilles égales. Mydriase. Les pupilles ne sont pas au centre de l'iris. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

Février 1907. — *Brutal et coléreux*. *Impulsif* s'est livré à des *voies de fait* sur des gardiens, des malades. Il fait des *fugues*, se sauve sans savoir où il dirige ses pas, poursuit les femmes, les enfants. Ces accès sont passagers, puis tout rentre dans l'ordre.

G. — PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

On peut rencontrer chez des paralytiques généraux, c'est-à-dire chez des sujets dont les lésions centrales sont bien définies, des troubles à peu près identiques. Telles sont les deux observations suivantes, résumées, de malades internés à l'asile de Blois. (Obs. XXIII et XXIV).

OBSERVATION XXIII

(Marchand et Nouët.)

B..., officier, âgé de cinquante-quatre ans à son entrée à l'asile. Est à la retraite depuis six ans. Les troubles mentaux remontent à cinq ou six mois. Il commence d'abord à écrire des lettres incohérentes, sa conversation devient décousue ; il se livre à

toutes sortes d'excentricité. Il fait des achats considérables d'objets inutile ; il fait des commandes énormes chez un coiffeur, un chemisier. Il donne un billet de 1.000 francs à un cocher pour payer une course en voiture. B... a des millions, il a des projets fantastiques. Dans sa propriété, il fera une route large de 400 mètres, les ouvriers qu'il emploiera gagneront 10 francs par jour et ne travailleront que quatre heures.

Il entre à l'asile le 20 octobre 1906.

Ce malade présente les signes physiques et mentaux de la paralysie générale à savoir : inégalité pupillaire, embarras de la parole, tremblements de la langue et contractions fibrillaires des muscles de la face. Ecriture tremblée spéciale, absence de réflexe rotulien, des idées délirantes qu'il présente sont caractéristiques. C'est un délire ambitieux, absurde. Il possède des millions ; il a fondé des hôpitaux, tout lui appartient ; il va être ministre de la guerre, etc...

A différentes reprises, ce malade, ordinairement calme et satisfait de sa personne, de sa situation, a présenté des « impulsions subites ». Il est également très « irritable », il faut écouter ses idées délirantes avec beaucoup de patience, sinon il entre dans de violentes « colères ».

Le 27 octobre 1906, il se lève au milieu de la nuit et avec sa bottine, il casse brusquement tous les carreaux de sa fenêtre. Cela fait, il se recouche.

Le 10 février 1907, étant dans la salle de réunion, il saisit tout à coup une queue de billard et brusquement il casse tous les carreaux de l'une des fenêtres.

L'impulsion a été subite, rapide. B... déclare ensuite que c'était pour attirer l'attention sur lui ; deux jours après le malade se *précipite* sur un autre aliéné, le prend à la gorge

et menace de *le tuer* s'il ne quitte pas la pièce. Il s'écrie : Je me sens capable de commettre un meurtre, pour attirer l'attention sur moi. *Ce malade n'a jamais eu de crises épileptiformes.*

OBSERVATION XXIV

(Marchand et Noûet)

D., âgé de quarante-deux ans, entré à l'asile le 8 septembre 1904.

Antécédents héréditaires.— Père mort à soixante-cinq ans d'une fluxion de poitrine.

Mère vivante, âgée de soixante-quinze ans.

Antécédents personnels.— *Pas de convulsions dans le jeune âge.* A eu la fièvre typhoïde à vingt ans, s'est engagé et a contracté la syphilis au régiment. Il a été soigné dès le début et n'a jamais cessé de se traiter depuis.

Faisait quelques excès alcooliques (apéritifs). Marié une première fois, il a eu un enfant actuellement bien portant. Il y a sept ans, il se remaria. D... était alors tout à fait normal au point de vue intellectuel. Il était officier dans un régiment de cavalerie.

En 1900, D... a une attaque épileptiforme, trois semaines après il en eut une seconde et depuis, il en a tous les deux mois.

Depuis lors, la mémoire, l'affectivité et l'intelligence ont beaucoup diminué.

L'orientation est troublée. D... est toujours égaré, il ne sait retrouver son chemin.

Il est complètement amnésique. Il eut à ce moment *quelques idées de suicide*.

Il est interné à la suite d'une attaque épileptiforme ayant eu lieu sur la voie publique.

D... n'est pas un épileptique idiopathique. Les convulsions épileptiformes qu'il présente sont en rapport avec des lésions de méningo-encéphalite chronique.

Comme signes physiques, l'on note de l'inégalité pupillaire, un tremblement de la langue, de l'exagération des réflexes rotuliens avec clonus du pied. Au point de vue mental, la mémoire est abolie.

D... présente de l'annésie continue. Il ne se souvient plus d'une personne qu'il a vue un instant auparavant. On lui dit son nom, quelques secondes après, il l'a oublié. Il accuse de violentes douleurs de tête, le matin surtout, au niveau des lobes frontaux et du cervelet.

Les troubles du caractère sont, chez ce malade, extrêmement prononcés. Il est d'une *irritabilité très grande* et d'une *égale impulsivité*. Très poli, se tenant bien et se présentant de même, ce malade par moments, *devient brutal, violent, il casse des carreaux* à la moindre contrariété ; pour un mot déplacé, pour un regard de travers, à table, il saisit une carafe, un verre et menace son interlocuteur. Ce malade présente une ou deux fois par an des attaques épileptiformes.

h) Voici une observation due à Bourneville d'un enfant présentant le caractère dit épileptique et n'ayant pas d'autres signes d'épilepsie. Cependant, cet enfant a eu des convulsions. Ce n'est pas là une raison suffisante pour affirmer de façon certaine

l'existence de l'épilepsie. G. Paul-Boncour, de son côté, a remarqué que le caractère dit épileptique se rencontre avec une certaine fréquence chez l'enfant atteint de convulsions épileptiques ou de ses équivalents. C'est un fait indéniable qu'il est surtout facile d'expliquer si on se rend compte de la nature des manifestations. Quand on examine les particularités du caractère en question, qu'y voit-on de propre à l'épilepsie ? L'entêtement, l'égoïsme, le besoin de remuer, la colère impulsive, tout cela se rencontre chez l'écolier instable ou chez l'enfant simplement névropathe. Les troubles qui se retrouvent chez beaucoup d'enfants mentalement anormaux traduisent l'exagération des sentiments, le manque de pondération, l'inaptitude à se maîtriser et à se laisser diriger par les motifs auxquels obéissent normalement les enfants normaux. Ces signes sont l'expression de la névropathie dont souffre l'enfant et qui est elle le fond primitif de sa nature. Mais ils ne sont pas, encore une fois, spéciaux à l'épilepsie. D'ailleurs, comment s'étonner de la coïncidence de ces symptômes : instabilité, névropathie, épilepsie, ne sont-ils pas de la même famille ? Il est naturel de les voir coexister chez un même sujet ; mais rien n'autorise leur identification.

Les partisans du caractère dit épileptique ne manquent jamais d'objecter que la présence de la colère, surtout d'une colère impulsive et soudaine, permet d'affirmer l'épilepsie. C'est parfois juste, car il faut bien distinguer d'une part l'impulsivité et la colère,

manifestations paroxystiques (et par conséquent ne pouvant rentrer dans les caractères permanents) et d'autre part l'impulsivité et la colère, expression d'un tempérament névropathique et nullement caractéristique de l'épilepsie.

Il y a colère et colère. Qu'un enfant irritable soit en même temps irascible, que sa patience rapidement usée laisse une colère se manifester : cela ne constitue pas une forme épileptique. Combien d'écouliers fort bien doués, nullement névropathes, ont de ces réactions qu'on peut dire normales. A plus forte raison un névropathe y est-il sujet. Mais entre ces manifestations et des explosions morbides nettement épileptiques suivies de fatigue, de dépression, de somnolence, il existe une limite qui ne doit être franchie qu'en s'autorisant de faits certains.

OBSERVATION XXV (Résumée)

(Bourneville)

L... Georges, 21 mars 1887, entre à trois ans à l'asile-école de Bicêtre, le 29 avril 1890. Enfant naturel. Père, rien à noter. Renseignements nuls sur sa famille. Mère eczémateuse, pas d'accidents nerveux. Grand-père maternel, mort de paralysie du cerveau. Grand'mère maternelle alcoolique, morte d'une congestion cérébrale. Deux cousins germains morts de convulsions. Sœur, convulsions de l'enfance.

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de douze ans.

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier.

Normal jusqu'à neuf mois. *Convulsions répétées de neuf mois à trois ans*. Marche à deux ans et demi. Parole nulle. Gâtisme. Intelligence nulle.

1890. — Teigne ; 1891 rougeole.

1892. — Persistance de la teigne, diarrhée.

1893. — Guérison de la teigne. Rumination. Début de l'amélioration, préhension plus sûre, attention plus fixable.

Caractère toujours sournois.

1894. — Diminution progressive des tics.

1895. — Guérison du gâtisme. Développement de la parole. Accès de colère persistants.

1896. — Progrès scolaires. Manies. Bizarreries.

1897-1902. — Développement progressif de l'intelligence ; l'enfant sait lire, écrire, faire les premières règles, etc.

Notions usuelles très étendues. Parole libre. Guérison des tics.

Caractère : La parole est nulle, il sourit à tout ce qu'on lui dit et se montre *très docile et très attentif à la classe*. Caressant, gai, joueur. Pleure très rarement. Pas d'onanisme. Ni voleur, ni gourmand.

1894. — Un an après on note : *caractère affectueux*, aime les caresses, *quelques colères sans durée*. Mange gloutonnement.

1896. — Deux ans après : les progrès scolaires sont lents, l'attention est toujours distraite ; *caractère fantasque* ; reste parfois plusieurs jours isolé volontairement de ses camarades, criant, riant, sautant et paraissant manquer totalement de lucidité. Dans ces périodes il est impossible de rien en tirer ; l'attention est absolument nulle.

D'autres fois, il est docile, s'applique à ce qu'il fait, est très heureux qu'on s'occupe de lui, est sensible aux compliments et aux reproches.

1897. — *Il est toujours colère et fantasque. Il aime à frotter son visage et ses oreilles sur le cou de ses camarades et très souvent la caresse se transforme subitement et il mort avec frénésie.*

1901. — Caractère *susceptible* ne supportant pas les taquineries de ses camarades, il est *toujours rageur*.

Lorsqu'il est en colère pour un motif quelconque, tous ceux qui sont à sa portée en subissent le contre-coup, et à défaut de camarades dans son voisinage, ce sont les tables, les portes, les fenêtres qui reçoivent coups de poing et coups de pied.

1902. — Il reste *toujours maniaque* ; il ne faut pas que rien vienne intervertir l'ordre des choses établies, sinon il est furieux. Si, pour une cause ou une autre, une des infirmières change son jour de sortie, il l'invective et bougonne toute la journée à ce sujet. Dans une promenade, si on ne revient pas par le même chemin que l'on a pris en partant, il se met en colère et récrimine pendant tout le trajet.

Si le jour où on a l'habitude de faire la leçon orale de grammaire, on fait une leçon de choses, il est fâché, ne veut rien écouter, ne répond que des bêtises aux questions qu'on lui pose et fait en sorte de troubler l'ordre.

Ses camarades qui s'aperçoivent de sa bizarrerie de caractère, le taquent souvent ; alors, ce sont des *rages*, *il crie, trépigne*, tape à droite, à gauche tout ce qui l'environne (meubles et gens) et ne se calme que lorsque l'on fait signe de le conduire en cellule.

**Les épileptiques sans le caractère
dit épileptique (1)**

Observations

Nous avons déjà vu tout à l'heure des observations (IV, V, VI, VII, X et XI) montrant des épileptiques ayant un syndrome interparoxystique incomplet ou bien encore ne présentant ce syndrome que très longtemps après l'installation des crises.

MM. Marchand et Nouët au cours de leurs recherches à l'asile de Blois ont pu mettre en évidence ce fait, qu'un certain nombre d'épileptiques à crises fréquentes pouvaient avoir dans l'intervalle de leurs accès, un caractère normal.

Féré avait déjà fait cette remarquable : « Il n'est pas très rare, dit-il, de rencontrer des épileptiques chez lesquels il est impossible de retrouver aucun de ces caractères. Si donc ils sont capables dans cer

1. Naturellement, nous n'envisageons que le caractère à la période interparoxystique, conformément à l'opinion des auteurs.

taines circonstances d'éclairer le diagnostic, leur absence n'est pas exclusive de l'épilepsie. »

Nous-même, nous avons trouvé, grâce à l'obligeance de M. le Dr G. Paul-Boncour, deux observations excessivement intéressantes qui viennent confirmer celles de Marchand et Noüet, de Féré et d'Hublé. (Obs. XXVII et XXVIII et suivantes jusqu'à XXXVI.)

Enfin, nous avons observé nous-même un malade de trente-deux ans, épileptique avéré, qui n'avait pas la moindre modification pathologique du caractère. (Obs. XXVI.)

OBSERVATION XXVI (Pesonnelle)

Maurice P.,, trente-deux ans, négociant.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de soixante-cinq ans bien portant ; pas alcoolique, pas nerveux. Arthritique.

Mère, âgée de soixante-dix ans, bien portante. Deux frères, plus âgés ; mariés tous deux ; l'un a un enfant bien portant. Ces deux frères jouissent d'une parfaite santé.

Le malade, venu à terme. Pas d'antécédents personnels, dont on nous ait parlé, méritant d'être signalés. Affection de la peau, dénommée eczéma par l'entourage du malade, due très certainement aux bromures.

Nous n'avons pas pu savoir à quelle époque remontait la première de ses crises, cependant depuis au moins cinq ou six ans, à notre connaissance M. P..., présente des accès.

Il y a trois ou quatre ans, avant l'administration du bromure, les crises étaient plus fréquentes qu'aujourd'hui.

Actuellement, reste quelquefois quatre ou cinq mois sans crises. M. P... tombe, en arrière, sans aura, sans que rien ne puisse faire prévoir sa chute qui a lieu là où le malade se trouve, chez lui, dans la rue, dans le métropolitain.

Marié depuis un an, sa femme dit le trouver nerveux les deux ou trois jours qui précèdent une crise.

Les accès, peu fréquents, durent environ une heure et demie, pour la période convulsive. Perte absolue de connaissance pendant ce temps. Pas de morsure de la langue ; blessures de la région occipitale.

Quand le malade revient à lui, il ne sait pas pourquoi il se trouve dans une pharmacie, entouré de personnes étrangères. Il se plaint à ce moment de maux de tête violents ; peut rentrer chez lui seul, où après s'être couché, il s'endort d'un sommeil profond. Le lendemain il peut reprendre ses affaires.

Caractère. — Un peu agacé, avec des mouvements un peu brusques avant les crises. Ce malade vaque à ses occupations journalières, voyant beaucoup de monde, ses clients, avec lesquels *il ne s'emporte jamais. N'a jamais présenté d'impulsions* ; et d'une *régularité parfaite dans ses sorties, dans ses occupations.*

Très ordonné, très affectueux et bon avec les siens. M. P..., qui est albuminurique, suit très exactement, très docilement les conseils de son médecin.

N'a jamais le moindre moment de mauvaise humeur, jamais de colères, fait ses observations à ses employés et à ses domestiques de la *façon la plus calme*,

OBSERVATION XXVII (Personnelle)

Prise grâce à l'obligeance de M. le D^r G.-Paul-Boncour, médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.

Georges D..., né en 1892.

Hérédité. — Père, pondéré, agriculteur, très sobre, très émotif.

Mère d'une intelligence supérieure à la moyenne.

Conception, grossesse et accouchement, rien de particulier à signaler.

Notre malade a eu ses premières convulsions à l'âge de deux mois et demi.

A huit ans les parents remarquent qu'il se masturbe au moins une fois par jour et disent qu'il a dû apprendre cela d'un domestique.

De l'âge de trois mois à l'âge de onze ans pas d'accidents convulsifs.

1903. — A onze ans *les vertiges* commencent, précédés par une sensation de barre sur la poitrine. Le médecin avait à cette époque prescrit le sirop d'Henry Mure.

1906. — A quatorze ans *l'épilepsie se déclare* nettement : les parents décrivent les crises ainsi : l'enfant se raidit brusquement ; les yeux sont déviés (on ne dit pas de quel côté).

Salivation abondante. Pas de convulsions cloniques, ne se mord pas la langue, pas de miction involontaire.

Dès le début le nombre des crises atteint jusqu'à 6 par vingt-quatre heures.

1907. — Opéré de végétations adénoïdes. L'état est le même.

1908. — Un point pleurétique. Pendant le mois de février Georges a 297 accès.

Octobre 1909, — Actuellement accès fréquents.

Un accès en promenade. — Georges est surpris par un accès au moment où il traverse le carrefour des Innocents.

Il tourne plusieurs fois sur lui-même vers sa droite, sans perte d'équilibre, cherchant à se cramponner aux personnes se trouvant à ses côtés et qu'il ne connaît pas ; il ne se rend pas compte de ce qu'il fait. Ce tournoiement dure environ une minute. On le maintient pour qu'il n'aille pas se buter sur les voitures ou les passants.

Il essaye de se dégager en riant et en disant : « Eh bien ! quoi ! qu'est-ce que vous voulez. » Mouvements de défense automatiques. Bouscule pour se dégager. Cette période dure deux minutes. Résolution brusque. C'est à ce moment qu'il urine. Hébétude consécutive de vingt à vingt-cinq minutes. Dort ensuite une demi-heure.

Une crise en classe : Georges est en train d'écrire. Tout à coup, ses mains se crispent sans lâcher ni cahier, ni porte-plume.

Convulsions toniques d'une minute environ. La tête est dirigée vers la droite. Les yeux sont à droite et en haut. Convulsion cloniques durant deux minutes. Convulsions tétaniques pendant trois minutes.

Stertor de cinq minutes, sommeil de vingt minutes. Bien qu'il ait uriné avant la crise, il urine très abondamment sous lui.

Parfois l'accès se borne à une émission involontaire d'urine, à quelques convulsions toniques d'une durée de quelques secondes.

A ce moment il semble être subconscient : il se lève, quitte sa table, se dirige vers la porte qui est fermée et saute par la fenêtre ouverte (rez-de-chaussée). On le rattrape à une dizaine de mètres de la classe. Amnésie après la crise.

Il a en ce moment entre 60 et 100 crises par mois.

Caractère.— Excessivement doux, bon camarade, partageant la moindre friandise avec ses voisins. Aime la société, ne cherche jamais à fuir, affectueux et aimable, aime à rendre service à tous, pas égoïste ni vain, ni suffisant, pas menteur, ni envieux, ni jaloux. Ne taquine pas ses camarades, ne cherche nullement à leur faire du mal ; n'a pas d'impulsions homicides.

Est propre sur lui et sur ses vêtements, a de l'ordre en classe et pour toutes ses affaires. Pas avare ni prodigue, pas de mobilité d'humeur, sentiments affectifs développés et il aime beaucoup sa famille.

Onanisme seul.

Sociable. Assez gai, pas hypocrite ni sournois, accepte bien les remarques et les observations.

Traitement. — Ce qui semblait avoir le mieux réussi à ce malade était le nitrite d'amyle.

M. le professeur Brissaud le voit cette année, le traite d'abord par le borate de soude et plus tard par de la poudre de digitale à raison de 4 centigrammes par vingt-quatre heures.

Pendant une suspension de la digitale, alors que le malade était en vacance, dans sa famille, en septembre il y eut recrudescence des crises qui viennent de diminuer à nouveau avec la digitale.

OBSERVATION XXVIII (Personnelle)

(A l'obligeance de M. le Dr G.-Paul-Boncour.)

Jean M..., né en 1878.

Antécédents héréditaires. — *Père.* Pas de renseignements précis.

Mère morte, depuis peu internée. Grand-père maternel hypochondriaque. Cousin germain maternel aliéné, alcoolique.

Conception, grossesse, accouchement, rien de particulier. A la naissance pas d'asphyxie.

Convulsions la première année après la naissance.

A sept ans première crise. Deuxième huit jours après. Puis peu à peu les accès ont augmenté.

1898. — N'a pas d'accès quand il a la fièvre : Il est resté quarante jours avec de la température montant au-dessus de 38 degrés au cours d'un rhumatisme articulaire, sans présenter le moindre accident nerveux.

En temps ordinaire il a au moins une crise par jour.

Caractère : N'a jamais présenté d'irritation, sauf au moment de son rhumatisme articulaire. Actuellement il est en démence presque complète. A toujours été facile à conduire, à diriger. *Jamais de colère ni d'impulsions.*

A été trépané en mars 1896 par le Dr Doyen, sans succès. A eu une rémission de trois jours seulement après l'opération.

OBSERVATION XXIX

(Marchand et Noüet)

D..., âgée de quarante et un ans à son entrée à l'asile.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. A été interné. Une sœur a présenté des crises nerveuses mal déterminées. Les crises épileptiques se manifestent chez D... à l'âge de quatorze ans. Elle se marie en 1890 à vingt-quatre ans. A ce moment elle présente de la faiblesse intellectuelle.

Elle est un peu niaise, dit son mari ; *mais très douce, de caractère facile.* Elle eut trois enfants pour lesquels elle fut très bonne et qu'elle soigna avec dévouement. En 1896 elle fait quelques excès alcooliques. Elle boit d'abord du vin, puis de l'alcool, ce qui détermine chez elle une recrudescence des accès convulsifs. Sous l'effet de l'éthylisme elle perd tout sens moral, abandonne son ménage, ses enfants. Elle se lève la nuit et, toute nue, elle parcourt les rues en criant.

Les crises sont à ce moment nombreuses et atteignent quelquefois le nombre de 6 en vingt-quatre heures.

D..., entre à l'asile le 20 juillet 1901. Depuis cette époque, elle a chaque semaine 2 ou 3 crises convulsives. Au point de vue intellectuel, elle présente de la débilité mentale. Elle rend cependant beaucoup de services dans les travaux du ménage. *Extrêmement docile et douce, elle obéit à tous les ordres avec ponctualité. Humeur égale. Elle ne dispute pas avec les autres pensionnaires, ne leur cherche pas querelle.*

Elle n'est ni irritable, ni impulsive, ni jalouse.

OBSERVATION XXX

(Marchand et Noüet.)

R... A..., âgée de dix-huit ans à son entrée à l'asile:

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Un oncle in-

terné dans un asile. Un frère est mort en bas âge de convulsions.

Antécédents personnels. — A eu des convulsions pendant deux jours à un an. La malade n'a marché qu'à deux ans, n'a parlé qu'à trois ans.

Les crises épileptiques surviennent pour la première fois à dix ans. Elles sont irrégulières de fréquence et d'intensité.

Entré à l'asile le 15 décembre 1904.

R... A... présente une débilité mentale accentuée.

Son intelligence est rudimentaire ; elle répond néanmoins aux questions simples qu'on lui pose. Sait son nom, son âge, reconnaît les personnes, les lieux, elle se rend compte qu'elle vit avec des aliénés.

Cette malade est *douce et tranquille*. *Pas d'écarts de caractère*. *Se laisse aisément diriger*. Elle n'a *ni impulsions, ni accès de colère* ; elle n'est *pas irritable*.

Les crises comitiales sont fréquentes ; un accès toutes les semaines environ.

OBSERVATION XXXI

(Marchand et Noët.)

S... Gabriel, âgé de dix-neuf ans à son entrée à l'asile.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Convulsions dès le deuxième jour après la naissance.

A six mois, les crises épileptiques apparaissent ; elles sont très courtes, mais quotidiennes jusqu'à deux ans et demi. De trois ans à onze ans les crises disparaissent complètement.

Elles reprennent à cet âge et se manifestent plusieurs fois par semaine.

Entré à l'asile le 3 octobre 1902.

Depuis son arrivée, crises fréquentes. Il a un fort accès toutes les semaines. De plus il présente des vertiges fréquents au moment des repas.

S... a toujours eu le caractère très facile, doux, docile et tranquille. Il travaille régulièrement avec le tailleur de l'asile à qui il rend de réels services. Il ne présente ni impulsions ni accès de colère. Il n'est ni sournois, ni querelleur.

Débilité intellectuelle légère.

OBSERVATION XXXII

(Marchand et Noüet)

M... Eugène, âgé de quarante ans à son entrée à l'asile.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Convulsions dans le bas âge. Les crises épileptiques surviennent à l'âge de dix-huit mois et furent attribuées à une peur. Les accès se répètent depuis lors tous les huit jours environ.

Entré à l'asile le 3 septembre 1892. Depuis lors, M... présente toutes les semaines des accès fréquents et particulièrement violents. Il sent généralement venir la crise et pousse un grand cri avant de tomber.

Au point de vue mental, ce malade présente un état d'affaiblissement intellectuel voisin de l'imbécillité. L'intelligence est rudimentaire. M... ne paraît pas comprendre toutes les ques-

tions qu'on lui pose. Air hébété. Il déclare qu'il se plaît dans l'établissement, il est content de son sort.

Ce malade travaille régulièrement ; il laboure la terre et rend quelques services pour les travaux de jardinage. Il est doué d'un *caractère très facile à diriger. Pas d'impulsion, pas d'accès de colère.* Il n'est *ni jaloux, ni sournois* ; il est absolument inoffensif.

OBSERVATION XXXIII (Résumée)

(Féré)

S..., cinquante-neuf ans, facteur. Pas d'antécédents héréditaires connus. *Mère* âgée de quinze ans de plus que le père, âgée de quarante-cinq ans quand il est né. Pas d'affections nerveuses chez les parents. *Père* mort à soixante-dix-huit ans, *mère* à quatre-vingt-trois ans. Marié à trente ans ; père d'un fils de vingt-sept ans qui a un enfant bien portant ; un autre mort de convulsions.

Premier accès à trente-deux ans après frayeur par la foudre. Ne buvait pas, conduite régulière, mais ordinairement mélancolique.

Peu de signes de dégénérescence ; a en moyenne trois ou quatre accès par mois.

La chute s'accompagne rarement de cris ; il n'urine pas involontairement ; et ne se mord pas la langue. Quelquefois sensation d'étouffement avant l'accès.

A la suite de l'accès, bégaiement pendant quelques heures, pouvait reprendre son travail deux ou trois heures après la crise.

Sans avoir l'esprit très ouvert, il exécutait avec intelligence ce qu'on lui commandait, s'intéressait à sa famille, aimait le travail, se montrait, parmi les travailleurs du service, un des ~~meilleurs~~ *meilleurs* sujets.

OBSERVATION XXXIV (Résumée)

(M. Hublé)

M... (Louise), quinze ans. Père soixante-deux ans, bien portant ; mère, soixante-neuf ans, nerveuse, sans attaques, colérique.

Cinq enfants : les quatre autres ont eu des *convulsions*.

A sept ans, premier accès à la suite d'un accident, le deuxième est venu le lendemain et, à dater de ce jour, les accès ont été très fréquents, puis quotidiens.

A quinze ans, elle en a parfois 10 à 12 par jour.

A onze ans, à la suite d'une opération (amputation sus-maléolaire faite par Maisonneuve), les accès ont été suspendus pendant un an. Ils se montrèrent ensuite avec plus de fréquence que jamais le jour ou la nuit, elle appelait avant de tomber, poussait un cri et tombait.

Convulsions violentes, figure décomposée, langue mordue, n'écume pas et n'urine pas. Après l'accès, elle était hébétée, ne savait ce qu'elle faisait, et s'endormait.

Pas de violences, de folies. Elle a un caractère doux.

OBSERVATION XXXV (Résumée)

(M. Hublé)

A... Adolphine, quatorze ans. Père ni alcoolique, ni nerveux, mort d'une fièvre typhoïde. Mère pas nerveuse, morte à trente ans phtisique.

Trois enfants. Un garçon mort phtisique à dix-sept ans. Une fille, intelligente, caractère doux.

Début. — A onze ans, au couvent, punie, enfermée dans une cave obscure où elle est restée environ quatre heures. Quand on est allé lui ouvrir, on l'a trouvée face contre terre sans connaissance; elle a dit depuis avoir eu une grande frayeur. C'était sa première crise.

Deux moins plus tard, a un véritable accès d'épilepsie; depuis elle en a 2, 3, ou 4, tous les mois.

Les accès sont nocturnes; elle prévient souvent, quelques grimaces, une série de cris étouffés et tombe; alors, pâleur et rigidité, puis, secousses cloniques, égales des deux côtés, cyanose, écume.

Ne se mord jamais la langue; pas d'incontinence d'urine.

L'accès est suivi d'hébétude.

Sommeil bon; pas de cauchemars, *caractère doux*; elle est *gaie et joueuse; facile à mener, pas d'onanisme.*

OBSERVATION XXXVI (Résumée)

(M. Hublé)

D... Adelaïde, neuf ans.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère morte

phtisique à trente-six ans, ni colérique, ni nerveuse. Pas d'épileptiques ni d'aliénés dans sa famille.

Notre malade : Pas de convulsions, pas de maladies, a été propre et a marché de bonne heure.

Début : Un matin, sans cause appréciable, l'épilepsie débute sans prodromes ; on entendit l'enfant faire du bruit, on accourut : elle avait un accès ; jamais auparavant on ne lui avait remarqué d'absences ni de bizarreries ; elle n'a eu aucune frayeur ; 2 accès par mois.

Elle tombe sans pousser de cri, pas de morsures de langue, écume, pas de miction involontaire.

Caractère doux. Les réponses sont précises, l'intelligence paraît assez développée ; elle a quelques notions (lire, écrire), *pas d'onanisme.*

VI

Le caractère dit épileptique n'est pas un signe pathognomonique de l'épilepsie

Nous avons étudié successivement le caractère dit épileptique chez des épileptiques avérés et le caractère dit épileptique chez des malades non épileptiques ; enfin nous avons publié les observations (onze obs. de XXVI à XXXVI inclusivement) de plusieurs épileptiques qui ne présentaient pas le syndrome interparoxystique.

Que devons-nous conclure de ces faits ?

Si nous consultons les divers auteurs qui se sont occupés de cette question nous constatons que leurs opinions sont très différentes.

Dans son *Manuel de Psychiâtrie*, le D Rogues de Fursac dit que les troubles intellectuels permanents « donnent à la personnalité épileptiques son cachet particulier, et permettent souvent en dehors de tout examen médical de soupçonner l'existence de la névrose ».

Dans leur article Epilepsie, MM. Charlin et Rousseau constatent prudemment « qu'il est assez diffi-

cile de savoir quel est exactement l'état mental permanent, sauf la démence qui doit être rattachée directement à l'épilepsie ».

Néanmoins, ils remarquent qu'il y a beaucoup de vrai dans la description du caractère épileptique et ils en donnent la symptomatologie.

Régis trouve « que les diverses *psychoses durables* de l'épilepsie larvées sont très difficiles à reconnaître, *parce qu'elles n'ont rien dans leur symptomatologie et dans leur évolution qui leur appartienne en propre*. Tout au plus peut-on dire qu'elles affectent un caractère plus violent, plus impulsif et qu'elles sont sujettes, d'autre part, à des paroxysmes aigus plus ou moins réguliers, et à des épisodes fréquentes de confusion mentale. *Dans bien des cas le diagnostic ne deviendra évident que par la manifestation des accès convulsifs* ».

Régis ajoute qu'il n'en est pas de même pour les *psychoses transitoires ou par accès*, qu'elles sont plus facilement rattachées à l'épilepsie larvée que les psychoses durables parce qu'on les reconnaît plus facilement. « En règle générale, tout délire transitoire et par accès doit faire songer à l'épilepsie. Et cette hypothèse se transforme pour ainsi dire en certitude lorsque les accès de ce délire reviennent avec une certaine périodicité, sont identiques les uns aux autres et ordinairement suivis d'amnésie. »

Voici l'opinion d'un autre aliéniste que nous citons sans en rien retrancher, tellement elle est caté-

gorique. (Le Dr Paris, *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} février 1906.)

« L'enfant indiscipliné qui a été atteint de convulsions dites infantiles est trop souvent un enfant menacé de convulsions épileptiques ultérieures, mais son irritabilité et sa mentalité habituelle attestent une tare épileptique, il doit donc être traité comme épileptique ». Et plus loin nous lisons : « Et aussi combien d'enfants *indisciplinés*, bien que *n'ayant pas eu de convulsions dites infantiles*, ont reçu de leurs parents une tare épileptogène latente qui ne se manifeste précisément que par le caractère indiscipliné, soit que les parents soient eux-mêmes épileptiques ou alcooliques ou particulièrement nerveux ou descendant d'épileptiques ou d'alcooliques ou de nerveux et qu'ils comptent dans leur famille quelque épileptique, quelque chronique ou quelque dégénéré. »

Marchand et Noüet ont étudié la question à un point de vue plus spécial. Ils ont voulu se documenter au point de vue histologique et anatomopathologique et voici les conclusions de leur travail très important :

« Les mêmes maladies cérébrales ne se traduisent pas fatalement par les mêmes symptômes, de même qu'une maladie infectieuse, la méningite aiguë, par exemple, ne se traduira pas toujours par des symptômes identiques.

Sil'on rencontre fréquemment des lésions méningo-corticales chez des comitiaux ; il n'en résulte pas

que tous les sujets atteints de cette même lésion sont épileptiques.

Il en est de même des troubles du caractère. Ces derniers se rencontrent souvent chez ces sujets, mais on peut les retrouver chez d'autres malades présentant des lésions diverses du cerveau.

Les troubles du caractère sont dus à des lésions diffuses et superficielles du cortex, et comme ces lésions, quand elles sont accentuées, déterminent également la faiblesse intellectuelle, il est fréquent de rencontrer le caractère épileptique associé à la débilité mentale, à l'imbécillité ou même à l'idiotie.

Les scléroses superficielles sont fréquemment en rapport avec des lésions de méningite chronique (méningo-corticalite).

Aussi, en présence de cerveaux présentant les mêmes lésions de méningo-corticalite, même en sachant à quelle période de la vie cette maladie a débuté, il est impossible de dire si les malades étaient ou n'étaient pas épileptiques. Mais, d'après l'état des fibres tangentielles du cortex, l'on pourra dire si le sujet était un débile, un imbécile, un idiot, ou un dément.

Il sera également impossible de déclarer si le sujet avait, ou n'avait pas, le caractère épileptique.

Les troubles du caractère sont surtout produits par des lésions diffuses et superficielles du cortex cérébral, mais le terrain, c'est-à-dire les tendances héréditaires, l'état de la mentalité du sujet avant l'ap-

parition de la maladie cérébrale, l'éducation, etc., jouent également un grand rôle.

Dans l'observation XIX, le sujet était atteint d'imbécillité et présentait les troubles du caractère épileptique. L'examen histologique a révélé des lésions de méningo-corticalite absolument semblables à celles que l'on rencontre fréquemment chez les imbéciles épileptiques. Cependant ce sujet n'a jamais présenté de crises comitiales.

Comme ce sont surtout les adhérences méningo-corticales qui jouent un rôle important dans la production des accès convulsifs, puisque l'on ne rencontre que cette lésion chez les épileptiques, à intelligence normale, et que ces adhérences s'accompagnent généralement de sclérose cérébrale sous-jacente, on comprend ainsi que, *dans l'épilepsie, la faiblesse intellectuelle et les troubles du caractère doivent se rencontrer fréquemment chez les mêmes sujets*. Mais toute maladie cérébrale ne se traduit pas nécessairement par les mêmes symptômes, et l'on peut rencontrer des épileptiques qui ne présentent pas le caractère dit épileptique, de même que l'on peut rencontrer des individus ayant le caractère dit épileptique qui ne présentent pas de crises comitiales. »

De tout cela il résulte donc que si quelques auteurs admettent le caractère épileptique avec quelques restrictions, il en existe d'autres qui en font un signe pathognomonique de l'épilepsie et suffisant à lui seul à caractériser la névrose sans ambiguïté.

C'est là pour G.-Paul-Boncour comme pour nous même une conception inadmissible. Si le caractère dit épileptique existe réellement, il faut qu'en l'absence de toute crise explosive ou de l'un de ses équivalents, on puisse, sur la seule constatation de ce caractère, affirmer une origine épileptique. Le peut-on ? Nullement, et dans la grande majorité des cas, nous pensons que les médecins, en l'absence de tout signe de paroxysme évident ou fruste, n'oseraient pas mettre l'étiquette d'épilepsie sur les altérations de caractères exposées plus haut.

A moins d'affirmer que tout indiscipliné ou instable est un épileptique, il reste à dire à quel signe on reconnaîtra qu'un de ces écoliers possède ce caractère spécial. Les citations précédentes affirment, mais ne prouvent pas, et si on les applique intégralement, on s'aperçoit des dangers qu'elles présenteront : avec de semblables conceptions, tout écolier peu ou prou indiscipliné est susceptible d'être irrémédiablement étiqueté épileptique et, comme tel, d'être rendu à ses parents ou délaissé dans un coin de la classe.

En somme, comme le fait remarquer Marchand, l'épilepsie entité morbide, a fait son temps, et aujourd'hui si on parle encore d'épilepsie, on ne parle plus de l'épilepsie maladie, mais de l'épilepsie syndrome. Les recherches anatomo-cliniques montrent que ce syndrome est symptomatique de lésions cérébrales diverses. L'épilepsie idiopathique tend à disparaître complètement, à mesure que nous connaissons mieux les lésions cérébrales, superficielles et diffuses, qui

peuvent la produire, mises en évidence par les méthodes histologiques. L. Marchand a montré (1) que l'adhérence des méninges molles au cortex se rencontre chez la plupart des épileptiques présentant une intelligence normale, et que, à cette lésion, venait se surajouter une sclérose du cortex, plus ou moins profonde, chez les épileptiques présentant de la faiblesse intellectuelle. La plupart des cas d'épilepsie dite idiopathique doivent aujourd'hui être considérés comme symptomatiques de lésions méningo-cérébrales diffuses.

L'accès épileptique n'est donc plus qu'un symptôme, transitoire il est vrai, d'une lésion permanente, et ce symptôme ne peut donner son nom à un trouble du caractère, qui lui-même n'est qu'un symptôme de maladie cérébrale.

1. L. Marchand. *Lésions cérébrales dans l'épilepsie dite idiopathique*. Société de Biologie, 12 janvier 1907.

VII

CONCLUSIONS

1° Le caractère dit épileptique est essentiellement caractérisé par une excitabilité exagérée qui se traduit par des changements brusques dans le ton émotionnel, et des impulsions aussi soudaines que violentes.

Les principaux symptômes sont : l'irritabilité, le vice, les troubles du sommeil, de la mémoire, de la volition, les impulsions diverses, les peurs morbides, la mobilité de l'intelligence, l'exaltation des sentiments affectifs et religieux, etc.

2° Or, ces symptômes ont été rencontrés par différents auteurs chez des malades absolument indemnes de toute crise épileptique et notamment chez des névropathes, des alcooliques, des déments, des dégénérés, des idiots, des débiles et des paralytiques généraux.

3° D'autre part, Féré, G.-Paul-Boncour, Marchand, Nouët et nous-même avons observé des comitiaux avérés dont le caractère était, pour ainsi dire, tout à fait normal.

4° Comme d'après leurs recherches anatomo-pathologiques, Marchand et Nouët ont constaté que les troubles du caractère sont dus à des lésions diffuses et superficielles du cortex et que ces lésions, quand elles sont accentuées, déterminent également de la faiblesse intellectuelle, il est facile de comprendre que le caractère dit épileptique peut se rencontrer dans toutes sortes d'affections nerveuses et mentales.

5° De tout cela on peut conclure que la constatation du caractère dit épileptique ne permet pas à lui seul d'affirmer le diagnostic d'épilepsie. Sans doute il existe souvent dans l'épilepsie ; sans doute il permet quelquefois de dépister une épilepsie larvée, mais il n'est pas un signe pathognomonique du mal comitial. Il est simplement la manifestation d'une tare névropathique.

Vu : le président de la thèse.

BRISSAUD

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Arostegui.* — Etat mental des épileptiques. *La Havane*, 1890.
- Baker.* — Mental epilepsy. *Med. Leg. J.*, N.-Y., 1886-1887, IV, 274.
- Bombart.* — Les familles d'épileptiques. *Thèse de Bordeaux*, 1887.
- Bourneville.* — Recherches sur l'épilepsie in des *Archives de Neurologie*, 1898-1906.
- Chatelain.* — Psychose épileptique. *Ann. Méd. psych.*, 1889, 7^e série, X, 383.
- Chaslin et Rousseau.* — Art. Epilepsie. *Traité des Mal. de l'enfance*, Masson, 1905, t. IV.
- Collineau.* — L'état mental des épileptiques. *L'Homme*, 1886, 449.
- Féré.* — Note sur l'apathie épileptique. *Revue de Médecine*. Paris, 1891, p. 211.
- Féré.* — L'épilepsie. Paris-Alcan.
- Funaioli.* — Stati épilettici e frenosi epilettiche. *Clinica Moderna*, 1897, 213.
- Gerstacker* — Ein fall von psychischer epilepsie. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, Berlin, 1888, p. 364.
- Gilbert-Ballet.* — *Traité de Pathologie mentale*. Doin, 1903 (art. épilepsie).
- Del Greco.* — Il temperamento epilettico. *Manicomio mod.* Nocera, 1893, p. 123.

- Hallagér.* — Troubles psychiques dits équivalents des attaques d'épilepsie. *Congrès intern. des Sc. méd. Copenhague, C.-R., 1886, section de psychiatrie, p. 142.*
- Hermann.* — Épilepsie psychique. *Med. Obozr. Moscou, 1896, 324.*
- Hublé.* — *Recherches sur l'épilepsie.* Delahaye et Lecrosnier.
- Lombroso.* — Épilepsie et folie morale. *Congr. Intern. d'anthrop. crimin. C.-R., Rome, 1886-1887, I, 231.*
- Magnan.* — Troubles intellectuels dans l'épilepsie. *Gaz. Hôp., Paris, 1881, 819.*
- Mahaim et Roskam.* — Épilepsie et phénomènes psycho-sensoriels. *Ann. Soc. Méd. Chir. de Liège, 1896, p. 61.*
- Mauheimer.* — *Les troubles mentaux de l'enfance, 1899.*
- Marchand et Noüet.* — *Revue de Médecine, novembre 1907.*
- Montel.* — L'épilepsie infantile. *Thèse de Lyon, 1887.*
- Paul-Boncour et Philippe.* — *Les anomalies mentales chez les écoliers.* Alcan, 1905.
- Paul-Boncour.* — Le caractère épileptique chez l'enfant. *Prog. méd., 21 décembre 1907.*
- *L'éducateur moderne, novembre 1906 et octobre 1908.*
- Parant (V.).* — Les impulsions irrésistibles chez les épileptiques. *Bull. Méd. Paris, 1895, 767.*
- Peltre.* — Le caractère des épileptiques. *Thèse de Strasbourg, 1869.*
- Régis.* — *Précis de Psychiatrie.* Paris.
- Rogues de Fursac.* — *Manuel de Psychiatrie.* Alcan, 1903.
- Saroli.* — Le caractère des épileptiques. *Giorn. med. d. r. esercito, Roma, 1894, 532.*
- Siemerling.* — Sui disturbi transitori della coscienza negli epilettici. *Suppl. al Policlinico. Roma, 1895-1896, II, 276.*
- Vivier.* — L'épilepsie chez les enfants *Thèse de Paris, 1892.*

